ROK IV. MAJ 1924. № 3 (21)

PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY

DWUMIESIĘCZNIK

Z KLINIKI CHORÓB NERWOWYCH UNIWERSYTETU WARSZAWSKIEGO.
(Kierownik Prof. **K. ORZECHOWSKI**).

O zapaleniu promieniczem opon mózgowo-rdzeniowych.

PODAŁA

DR. J. MORAWIECKA, asyst. Kliniki.

Podany poniżej przypadek należy do niezmiernie rzadkiej postaci schorzenia opon. Promienica bowiem układu nerwowego, cierpienie na ogół bardzo rzadkie, zajmuje najczęściej miąższ mózgowy, tworząc tu ropnie i guzy ziarniniakowe, wyjątkowo zaś tylko ogranicza się do samych opon, wywołując ropne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Jak rzadkie zaś jest promienicze schorzenie opon mózgowo-rdzeniowych wskazuje fakt, iż na 34 przypadków promienicy układu nerwowego, które udało mi się zebrać w piśmiennictwie, tylko w 3 istniało wyłączne zajęcie na tem tle opon, t. j. w przypadku *Bella, Howarda*[1]), w którym było przerzutowe zapalenie opon przy ognisku pierwotnem promienicy w płucach, *Joba*[2]), gdzie sprawa przeszła do opony z okolicy szczęki górnej i okolicy skroniowej, oraz *Bełkowskiego*[3]), ogłoszonym jako jedyny pierwotny przypadek promienicy opon z przypuszczalną bramą wejścia zarazka drogą nosową. Z drugiej strony trzeba podnieść, że promienica układu nerwowego w postaci pierwotnej zdarza się nie zwykle rzadko (dotąd ogłoszono 4 przypadki, *Bollingera, Buday'a, Enri-*

---

[1]) Bell. Howard. Ref. Zbl. f. d. g N. u. P. tom XXVIII. 1922.
[2]) Job. Ref. Zdl. f. d. g. N. u. P. tom XXVII. 1921.
[3]) Bełkowski. Gaz. Lek. 1910 r.

ques Sicarda, dotyczące guzów w miąższu mózgowym i wspomniany przypadek *Bełkowskiego* promienicy opon) z reguły szerzy się ona wtórnie przy promienicy tkanek sąsiednich lub dalekich narządów. W przypadku naszym należy się liczyć z możliwością pierwotnego schorzenia wyłącznie opon i ten fakt jako też i możliwość, że wrota wejścia dla zarazka stanowi ząb dodotknięty próchnicą czyni nasz przypadek tem bardziej zasługującym na uwagę.

Przypadek nasz dotyczy 17 l. dziewczyny, przyjętej do kliniki nerwowej 7/XI 1923 r.

W y w i a d y. Chora przechodziła w okresie ząbkowania dwukrotnie konwulsje, chorowała potem na odrę, zapalenie oskrzeli, zapalenie gardła i hiszpankę. Pierwsza miesiączka w 14 r. z. następne prawidłowe, bolesne. Prawie od trzech lat cierpiała na niedokrwistość i z tego powodu wyjechała w dniu 5 lipca 1923 r. z kolonją na wieś. W początkach sierpnia podczas pobytu na wsi, zaczęła odczuwać ból w okolicy 2-go zęba trzonowego górnego lewego, dotkniętego próchnicą, wkrótce zjawił się obrzęk twarzy w tej okolicy i zaczęła się sączyć ropa. Po tygodniu obrzęk prawie ustąpił, ból zęba jednak nie ustawał, ponadto zjawił się silny ból głowy w okolicy skroniowo-ciemieniowej, również po stronie lewej. Ponieważ stan ten utrzymywał się bez zmiany, chora po dwóch tygodniach powróciła do domu i dała usunąć schorzały ząb; wówczas po dokonanym zabiegu wylało się dużo ropy. Sprawa miejscowa szybko się zagoiła, jednak bóle głowy o tem samem nasileniu i tego samego typu trwały nadal, zjawiły się stany podgorączkowe, brak apetytu i silne osłabienie, tak że stale musiała leżeć w łóżku. W początkach września dołączył się silny, rwący ból w karku, trwający przez tydzień. W październiku bóle przeniosły się na prawą stronę głowy, również w okolicę skroniowo-ciemieniową, gdzie utrzymywały się aż do przyjścia chorej do kliniki. W połowie października przeszła dwudniowe zapalenie migdałków z gorączką do 38°. Około 22-go października wystąpiło podwójne widzenie, w trzy dni potem opadnięcie prawej górnej powieki, sztywność karku, oraz wymioty, trwające przez tydzień. Ciepłota w tym czasie dochodziła do 38.8°. Stałe zaparcie stolca, brak zaburzeń ze strony pęcherza. Od czasu choroby silne wychudzenie, straciła 7 kg. na wadze.

S t a n chorej przy przyjęciu do kliniki: wzrostu średniego, wychudła, o budowie delikatnej. Skóra blada, sucha, cera ziemisto-blada. Drobne gruczoły limfatyczne tylko po stronie lewej na szyi macalne, migdałki przerosłe, gardło lekko zaczerwienione, język silnie obłożony. Narządy wewnętrzne: ze strony płuc przytłumienie i osłabienie szmerów pęcherzykowych w szczycie prawym. Granice serca prawidłowe, tony serca

głuchawe. Tętno miarowe, dobrze napięte, 60 na minutę. Brzuch lekko wzdęty, wątroba i śledziona tuż pod łukiem żebrowym macalne, ponadto śledziona wypukiem powiększona. Mocz bez zmian. We krwi 4.500 000 c. cz., 60°/₀ Hb. Wskaźnik 0.6., 8000 c. b., w tem wielojądrżastych obojętnochł. 73.75°/₀. wieloj. kwasochł. 0.75°/₀, limfoc. 22°/₀, jednoj. 3.5°/₀.

Układ nerwowy: sztywność karku, objaw Kerniga, ogólna przeczulica bólowa. Bolesność przy ruchach biernych głowy we wszystkich kierunkach, brak jakiejkolwiek bolesności przy opukiwaniu czaszki i kręgosłupa. Zapalenie nerwów wzrokowych, wybitniejsze po stronie prawej, z obniżeniem siły wzroku po tej stronie o połowę. Źrenice równe, na światło i przystosowanie oddziaływały prawidłowo. Częściowe porażenie nerwu okoruchowego prawego (zupełne opadnięcie powieki górnej, porażenie mięśnia prostego wewnętrznego i niedowład mięśni prostego górnego i dolnego), niedowład obu nerwów odwodzących, znaczniejszy lewego, lekki niedowład nerwu podjęzykowego i podniebienia miękkiego po stronie lewej, oraz objawy podrażnieniowę w obrębie n. trójdzielnego prawego, (zaróżowienie i obrzęk policzka, żywszy odruch rogówkowy i przeczulica). Kończyny górne i dolne poza wyraźnem obniżeniem napięć mięśniowych przedstawiały się prawidłowo. Przy chodzeniu i próbie Romberga przechylała się lekko ku stronie prawej. Zresztą brak objawów móżdżkowych.

Badanie nosa, uszu i gardła (*Dr. Rogoziński*) poza zgrubieniem muszli dolnej nosowej po stronie lewej żadnych innych zmian chorobowych nie wykazało. Okolica szczęki górnej po stronie lewej oraz miejsce usuniętego zęba przedstawiały się prawidłowo.

Nakłucie lędźwiowe wykazało płyn mętnawy, pod wzmożonem ciśnieniem, zawierający 384 ciałek w 1mm³, przeważnie leukocyty obok nielicznych limfocytów, 0.99°/₀ białka, ślad odczynu Nonne-Appelta. Badanie bakteryologiczne płynu (*Dr. Muttermilch*) wypadło ujemnie. Odczyn Wassermanna we krwi i płynie ujemny.

W ciągu pierwszego tygodnia pobytu chorej w klinice ciepłota ciała była bądź to normalna, bądź też wykazywała podwyższenia do 37,4°, chora na ogół czuła się dość dobrze, bóle głowy były słabe, sypiała dobrze. W tym czasie zauważyło się pewną poprawę w zakresie zajętego n. okoruchowego prawego, a mianowicie zmniejszyło się opadnięcie powieki, zmniejszyły się niedowłady mięśni prostych gałki ocznej, górnego, dolnego i wewnętrznego, a przeczulica w zakresie n. trójdzielnego ograniczvła się do okolicy czoła, natomiast inne niedowłady pozostały bez zmiany. Po tygodniu ciepłota podniosła

się do 38.8°, następnie do 39.6° i odtąd aż do końca choroby wykazywała typ gorączki ciągłej, to przestankowej.

Od wystąpienia gorączki datuje się już szybki dalszy rozwój sprawy chorobowej. Objawy oponowe uległy znacznemu nasileniu, zjawiły się silne bóle głowy i karku i przyspieszenie tętna do 104. Nakłucie lędźwiowe wykonane poraz drugi w dniu 15/XI 1923 r. wykazało płyn mętny, żółtawo zabarwiony, o wysokiem ciśnieniu, zawierający 1.600 ciałek w 1mm³, 0.5°/₀ białka ze słabo dodatnim odczynem N. Ap. W preparatach, robionych metodą Alzheimera, znaleziono przeważnie ciałka wielojądrzaste, niekiedy zwyrodniałe, i nieco limfocytów małych, dużych i ciałek jędnojądrz. Badanie bakteryologiczne płynu tym razem również wypadło ujemnie.

W ciągu dni następnych objawy chorobowe nasilały się ciągle, bóle głowy były bardzo silne, chora nie sypiała, krzyczała po całych nocach wskutek bólów. Umiejscowiała bole głównie po stronie lewej w okolicy skroniowo-ciemieniowej i tutaj też czaszka była na opukiwanie bardzo bolesna. Objawy oponowe nasiliły się znacznie, zjawiły się drobne drżenia w palcach rąk, oraz mimowolne ruchy w obu nadgarstkach, drobne, szybkie, wybitniejsze po stronie prawej, polegające na zginaniach nadgarstków w kierunku łokciowym i odpowiednich ruchach przeciwniczych. Niekiedy ruchy te po lewej stronie ustawały na krótki czas, a wówczas ręka zastygała w stałem ułożeniu zgięcia łokciowego w nadgarstku, z lekkiem równoczesnem zgięciem członków podstawowych palców. Ułożenie to przypominało ułożenie rąk w stanach zesztywnienia Parkinsonowskiego. Opisane ruchy mimowolne chwilami ulegały nasileniu, to słabły i trwały w ten sposób aż do końca choroby. Ponadto obserwowało się też, lecz tylko przez kilka dni, ruchy mimowolne w palcach stóp, polegające na zginaniu naprzemian to paluchów, to palców II i III, równocześnie, przyczem ruchy te zjawiały się najczęściej w palcach prawej stopy. Odruchy kolanowe i Achillesa w tym okresie chorobowym wzmogły się, osłabienie napięć mięśniowych nasiliło. W tym też czasie miała chora przez jeden dzień bóle w zakresie lewego n. trójdzielnego, połączone z zaróżowieniem policzka po tej stronie i przeczulicą.

Nakłucie lędźwiowe dało poraz pierwszy płyn czysto ropny. Ropa robiła wrażenie kłaczkowatej, nie wypływała jedną strugą przez igłę, lecz wysączała się w odstępach czasu w postaci skręconych spiralnie odlewów igły. W płynie wykazał *Dr. Muttermilch* barwiące się Gramem nitki promienicy.

W dwa dni po nakłuciu mimo zmniejszenia się bólów głowy i karku objawy zapalne n. wzrokowych są znaczniejsze, a siła wzroku wykazuje obniżenie się po stronie, prawej do $^1/_{10}$,

po lewej do $^1/_6$. Pojawiają się klonizmy odruchów Achillesa, odruchy Rossolima i Medla-Bechterewa. Krew: 3,920.000, c. cz. przy 56% Hb., 14000 c. b., w tem wieloj. 84.25%, brak zupełny kwasochł. Po dwóch dniach podmiotowej ulgi, zjawił się stan zamroczenia, potem zupełnej utraty świadomości. Chora leży nieruchoma, zanieczyszcza się, oddechy przyspieszone, płytkie, tętno miękkie i szybkie, sztywność karku wybitna. W moczu przelotnie ślad cukru, urobiliny i urobilinogenu. Zaczęła się tworzyć odleżyna na kości krzyżowej. Na dzień przed śmiercią omamy wzrokowe i słuchowe. Zejście śmiertelne dnia 27/XI 1923 r., t. j. w 4 miesiące od początku choroby.

W ostatnich dniach choroby obserwowało się znaczne wahania w nasileniu objawów oponowych, zachowywania źrenic, z których była szerszą to prawa, to lewa i które w związku z tem różnie oddziaływały. Pojawiały się na przemian przelotne niedowłady nn. twarzowych, przez jeden dzień utrzymywał się oczoplas poziomy, szczękościsk i niedowład lewej kończyny górnej. Ponadto zjawiały się też przelotnie, na kilkanaście minut, objawy naczynioruchowe w kończynach dolnych, zaczerwienienie kolan i obrzęk, to zaczerwienienie zewnętrznej strony podudzi. W tym czasie napięcia mięśniowe w kończynach górnych uległy wybitnemu wygórowaniu i po raz pierwszy zjawiły się w nich żywe odruchy przeciwnicze, które już odtąd stale się utrzymywały.

W ostatnich dniach wykonano jeszcze czterokrotnie nakłucia lędźwiowe. Płyn był stale ropny o zabarwieniu zielonawo-żółtawem, przyczem ropa była tak gęsta, że zatykała co chwilę igłę. Ropa ta nie zawierała nigdy typowych dla promienicy grudek, a natomiast niezliczone ilości nitek, rzadko ułożonych pojedyńczo, a zwykle całymi splotami. Nitki te dość długie o różnej grubości, przebiegające falisto, i rozgałęziające się obficie, barwiły się na ogół dobrze Gramem, często jednak niejednolicie i w tych miejscach widoczny był już podział na laseczki lub małe okrągłe ziarnistości, przypominające swym wyglądem drobniutkie ziarenkowce.

Sekcja zwłok wykonana przez *Dra Czarnockiego* wykazała zgrubienie wyraźne twardówki w okolicy stoku Blumenbacha oraz kilka żółtawo-zielonkawych ziarenek, mniejszych od główki szpilki, porozmieszczanych aż po okolicę siodełka i otworu szyjnego wewnętrznego. Opony miękkie na podstawie nacieczone były gęstą żółtawo-zielonkawą ropną cieczą, począwszy od okolicy skrzyżowania nerwów wzrokowych aż po okolicę móżdżka. Opony miękkie rdzenia na całej swej długości nacieknięte na grubość 2 — 3 mm. W okolicy ogona końskiego największe nagromadzenie ropy. Mózg mikroskopowo bez zmian. K o ś c i podstawy czaszki, klinowe, sitowe i s z c z ę k i,

a również wszystkie zatoki, najdokładniej zbadane przedstawiały się prawidłowo. W migdałkach małe ropnie. Obrzęk mieszkowy śledziony.

Drobnowidzowe badania układu nerwowego, wykonane w pracowni Kliniki chorób nerw., wykazały, że nacieki opon zajmują wszystkie okolice mózgu, w najznaczniejszym stopniu całą podstawę, okolice Ammona, płat skroniowy, most, szypułek, i cały rdzeń. Nacieki składają się w dużym odsetku z komórek plazmatycznych, często zwyrodniałych, morwowatych, niekiedy występujących w postaci olbrzymich tworów 2 — 3 jądrzastych i bujających komórek śródbłonkowych. Pozatem w nacieku spotyka się ciałka ropne, limfocyty, nieco makrofagów, przeważnie nie typowych, a w sąsiedztwie miejsc uległych martwicy w miernej ilości komórki sitowate wypełnione tłuszczem. Nacieki komórkowe grupują się wszędzie około naczyń, wypełniając przestrzenie błony zewnętrznej, której komórki bujające wchodzą w skład komórek naciekowych. Zresztą poszczególne leukocyty i komórki plazmatyczne stwierdza się stale w mięśniówce, a nawet pod błoną wewnętrzną tętnic małego kalibru i w żyłach. Żywe bujanie komórek błony wewnętrznej włośniczek spotyka się bardzo często. Nacieki oponowe w mózgu przekraczają wyjątkowo tylko błonę graniczną, w oponach rdzenia natomiast nacieczenie obejmuje lejki naczyniowe, a w części lędźwiowej przekracza nawet na całym obwodzie błonę graniczną pojedyńczemi komórkami naciekowemi.

Komórki nerwowe kory wykazują gromadnie objawy początkowe ciężkiego schorzenia, rzadko neuronofagii. Zmiany tkanki nerwowej rdzenia dotyczą tylko istoty białej na obwodzie.

Odpowiednio do tego spotyka się obrazy bujania gleju pierwoszczowego w częściach obwodowych rdzenia, a pojedyńcze klomby glejowe w korze mózgu. W okolicy kory z podstawy mózgu i szypuły stwierdzono kilka małych ognisk rozmiękczynowych zapalnych. Korzonki nerwowe na podstawie i rdzenia są prawie wszystkie otoczone grubą warstwą nacieku, który wchodzi także w przegrody. Najgrubszą warstwą nacieku okolone jest skrzyżowanie nn. wzrokowych. Twardówka zdarta z okolicy siodełka i stoku Blumenbacha jest na preparatach własnych i użyczonych mi przez Kol. Czarnockiego, zajęta gęstymi ropniami, nieraz dostrzegalnymi już gołem okiem, w których odkrywa się niemal stale typowe grudki promienicze. Ropnie takie porozrzucane są również w najbliższem sąsiedztwie wszystkich nerwów gałkoruchowych w miejscach, w których przebijają one twardówkę. Gdy w płynie mózgordzeniowym otrzymanym za życia nitki promienicy występowały masowo, w naciekach oponowych znajdują się one w bar-

dzo małej ilości i to tylko w oponach rdzenia; w miąższu nerwowym brak ich zupełnie.

Z nakreślonego tu obrazu anatomicznego i klinicznego wynika, że sprawa chorobowa usadowiła się pierwotnie na podstawie czaszki w twardówce okolicy siodełka, tu bowiem znaleźliśmy najcięższe zmiany, prawdopodobnie co do daty najstarsze. Należy przypuszczać, że stąd szerzyła się ona powoli wzdłuż stoku Blumenbacha, w kierunku do otworu szyjnego wewnętrznego. Przy tem umiejscowieniu chora nie miała żadnych objawów klinicznych, poza bólami głowy, stanami podgorączkowymi, osłabieniem i wychudzeniem. Dopiero po upływie trzech miesięcy, gdy sprawa przeszła na opony miękkie podstawy mózgu, zjawiły się objawy oponowe i porażenia nn. czaszkowych. W stadjum końcowem choroby, gdy zapalenie objęło i opony rdzenia charakter cierpienia stał się bardzo ciężki i odtąd cierpienie poczęło robić szybkie postępy.

Ta cecha przewlekłości jest, zdaje się, charakterystyczną dla promienicy opon. Z drugiej strony godną uwagi jest okoliczność, że mimo tak długiego czasu rozwijania się promienicy na podstawie czaszki, zmiany w tej okolicy były w naszym przypadku bardzo małe, ograniczając się tylko do twardówki, nienaruszając zupełnie kości. Tem różniłaby się przedewszystkiem promienica opon od promienicy innych narządów, gdzie sprawa szerzy się szybciej, dając szereg ropni i przetok. Bardzo możliwe, że twardówka jest niekorzystnem podłożem dla rozwoju grzybka, który też w tem miejscu wytworzył obronne dla siebie kolbki, i tem, jak również niezmierną zbitością tkanki twardówki należałoby tłumaczyć, że sprawa anatomiczna przez tak długi czas, bo około trzech miesięcy nie przekraczała obrębu twardówki.

Należałoby jeszcze rozstrzygnąć pytanie, jakiemi drogami dostał się grzybek promienicy w naszym przypadku na podstawę czaszki. Wiadomą jest rzeczą, że najczęściej następuje zakażenie u człowieka drogą jamy ustnej, skutkiem uwięzgnięcia ości zbożowej w języku, szczęce górnej, w dotkniętych próchnicą, zębach, gardle i t. p. W miejscu uwięzgnięcia wytwarza się ognisko promienicy, która niszcząc sąsiednie tkanki przechodzi z czasem na kości czaszki lub przez otwory w podstawie dostaje się do jamy czaszkowej. Może też sprawa szerzyć się z okolicy tkanki okołokręgowej, wyjątkowo z ucha środkowego (*Corinth**), najczęściej jednak idzie ona drogą krwi z dotkniętych promienicą narządów, zwłaszcza płuc, dając ropnie przerzutowe w tkan-

---

*) Corinht. D. Zeitschr. f. d. Nervheilk. tom 65. 1920 r., gdzie zebrane jest też obszernie piśmiennictwo.

ce mózgowej. Biorąc pod uwagę wymienione wrota zakażenia, musimy wykluczyć w przypadku naszym sprawę przerzutową, np. możliwość zakażenia z migdałków, w których badanie drobnowidzowe dra Czarnockiego promienicy nie wykryło. Opierając się na ścisłych danych wywiadowych, które pozwalają także na ustalenie chronologiczne prawdopodobnego związku, należałoby przedewszystkiem przypuszczać, że punkt wyjścia zakażenia stanowiła próchnica zęba. Grzybek promienicy wywołał tu ropienie, które po usunięciu zęba, co zasługuje na szczególną uwagę, wygoiło się zupełnie. Zakażenie podczas istnienia ropienia okołozębowego musiało jednak przedostać się przestrzeniami prawdopodobnie limfatycznemi na podstawę czaszki zajmując tu twardówkę w okolicy siodełkowej. Przypadek nasz różniłby się więc tem od przypadków opisanych w piśmiennictwie, w których punktem wyjścia promienicy mózgu była też próchnica zębów (*Job. Kijewski**, *Ponficka* drugi przypadek, *König, Wegelin, Moosbrugger*), że tam sprawa szerzyła się zawsze po przez tkanki sąsiednie i dopiero w końcowym okresie cierpienie przechodziło do jamy czaszkowej. U chorej zaś naszej mamy prawie równoczesne zajęcie opon ze schorzeniem zęba, które przypuszczalnie należy uważać za wrota zakażenia. Z tego też powodu promienica oponowo-twardówka naszego przypadku jednak może być uważaną za wtórną, jeśli się chce to pojęcie wtórności jak najściślej ująć. Oczywiście nie potrzebujemy szczególnie tego podnosić, jak praktycznie ważną jest możliwość zakażenia tą drogą ,wobec rozpowszechnienia próchnicy zębów.

W przypadku naszym znamiennym jest fakt, że przerzut promienicy tak szybko z pierwotnego ogniska się dokonał, jak z drugiej strony niezwykłem jest wyleczenie się pierwotnego ogniska okołozębowego przez same otwarcie tego ogniska przy usunięciu zęba, bez stosowania zresztą innych zabiegów.

Rokowanie przy promienicy układu nerwowego jest z reguły złe, wszystkie opisane dotąd przypadki kończyły się śmiercią. Leczenia jodkiem potasu, novarsenobenzolem i promieniami Röntgena, które przy promienicy innych narządów dają dobre wyniki, tutaj nie próbowano albo pozostają one bez wpływu. Racjonalnem byłoby może wprowadzenie rozczynu soli jodowych podoponowo i przepłukiwanie nimi przestrzeni podpajęczówkowych, co w naszym przypadku okazało się jednak niemożliwem wskutek niezwykle silnego zagęszczenia ropy.

Badanie nad naturą samego grzybka przeprowadzone przez *dra Muttermilcha*, któremu za zainteresowanie się stroną bakte-

---

*) Kijewski, Gaz. Lek. 1889 r.

rjologiczną także na tem miejscu uprzejmie dziękuje, wykazały, że grzybek rośnie wyjątkowo obficie na zwykłych pożywkach tlenowych, gdy zwykłą promienicę wyhodować jest niezwykle trudno. Na agarze wyrastał pod postacią białych, mniejszych i większych blaszek, silnie wrastających w głąb pożywki, w buljonie w postaci małych i dużych grudek, opadających na dno, przyczem buljon pozostawał przezroczysty. W hodowlach grzybek pod mikroskopem przedstawiał się w postaci krótkich i dłuższych pałeczek Gram dodatnich, rozgałęziających się miejscami. Pomimo, że udało się nam znaleźć na preparatach z tkanki twardówkowej grzybek w postaci grudek z promienisto ułożonymi nitkami i kolbkami, *dr. Muttermilch* ze względu na wyjątkową długość i obfitość nitek w hodowli i płynie, oraz łatwość hodowania grzybka na zwykłych pożywkach ze wzrostem niecharakterystycznym dla promienicy, byłby skłonny przypuszczać, że mamy tu do czynienia z nietypową promienicą albo z postacią przejściową promienicy i włoskowca paciorkowatego (*streptothrix*).

LEOPOLD BRENNEJSEN.
Dr. wszech nauk lekarskich.

W sprawie nowych projektów reformy wykształcenia dentystycznego w Polsce.

Nadesłano mi dwie broszurki: 1) Dr. H. Allerhand. O konieczności jednolitego nauczania dentystyki w Państwie Polskiem, i 2) Dr. A. Meissner i Prof. Dr. R. Nitsch. Plan reformy studjów dentystycznych w Polsce. Tak w jednej jak w drugiej Szanowni Autorzy wymienili moje nazwisko; zwykła więc uprzejmość wymaga, bym słów parę poświęcił tym projektom i podzielił się z czytelnikami „Przeglądu" uwagami, które się przy czytaniu tych prac każdemu nasunąć muszą.

Praca d-ra Allerhanda wygłoszona została w formie odczytu w lipcu roku zeszł. na zjeździe dentystycznym we Lwowie. Opracowano ją w celu uzasadnienia podanych zjazdowi do przyjęcia uchwał, które umieszczono na samym początku broszury. Treść ich zasadnicza polega na tem, że dentystyka powinna przejść wyłącznie do rąk lekarzy, którzy mają ją na wydziale lekarskim razem z innemi specjalnościami studjować. Jednem słowem chodzi o wprowadzenie w całej Polsce tego systemu, jaki mamy dotychczas w Galicji z tą tylko różnicą, że autor żąda (i zupełnie słusznie) złożenia egzaminu. W Galicji, ednak nie dzieje się dobrze. Przed wojną pomoc dentysty-

czną dla całej przeszło siedmiomiljonowej ludności niosło legalnie około stu doktorów medycyny przy udziale oczywiście po trzykroć większej liczby dentystów nielegalnych, nigdzie nieegzaminowanych i, jak twierdzą małopolscy stomatolodzy, niczem się w swej praktyce niekrępujących techników dentystycznych. Obecnie liczba doktorów spadła tam do czterdziestu kilku. Taki stan rzeczy bynajmniej nie jest pożądany. To też mało gdzie się z objawem tym spotykamy.

Wiadomą rzeczą jest, że na całym świecie w tych tylko krajach dentystyka stanęła na istotnie wysokim poziomie, gdzie rozwijała się ona niezależnie od medycyny. Nie znaczy to wcale, żeby w tych krajach zakłady naukowe dentystyczne nie były z uczelniami lekarskiemi związane; przeciwnie zarówno w Niemczech, jak i w Ameryce szkoły dentystyczne istnieją tylko przy uniwersytetach, korzystając z urządzeń uniwersyteckich i sił profesorskich. Tam zaś, gdzie dentystykę wolno było uprawiać jedynie lekarzom, jak we Włoszech, Austrji i Portugalji — nie wyróżniła się ona niczem i stoi daleko niżej zarówno pod względem naukowym, jak i praktycznym. Co więcej dzięki znikomej, stosunkowo liczbie poświęcających się tej specjalności lekarzy widzimy np. w Małopolsce uprawiane na szeroką skalę partactwo techników dentystycznych, którego istnienie brakiem fachowej pomocy jedynie można wyjaśnić.

To wszystko miało na względzie Stowarzyszenie Lekarzy Polskich przy opracowywaniu na wezwanie Rektora Uniwersytetu projektu reformy studjów dentystycznych w końcu roku 1915. Projekt ów przewidywał: 1) katedrę stomatologji na medycynie dla zaznajomienia przyszłych lekarzy ze wszystkiemi działami dentystyki, pozatem zaś 2) dla kształcenia fachowców Państwowy Instytut Dentystyczny, połączony z wydziałem lekarskim na wzór szkół dentystycznych w Niemczech i Stanach Zjedn. Pół. Amer.

Powstała w r. 1917 przy departamencie spraw wewnętrznych Dyrekcja Służby Zdrowia Publ., pod której zarząd przeszły prywatne szkoły dent., poddała ów projekt szczegółowej krytyce i analizie przy współudziale zaproszonych osób ze świata lekarskiego i dentystycznego. Postanowiono domagać się od Min. Oświaty przejęcia i zlikwidowania prywatnego szkolnictwa dentystycznego i utworzenia w najszybszym czasie Państw. Inst. Dent. jako uczelni specjalnej wyższej. Dyrekcja Służby Zdr. Publ. natychmiast (grudzień r. 1917) na własną rękę zabroniła przyjmować do prywatnych szkół osób, nie posiadających matury. Zarządzenie to zostało względnie dość ściśle wykonane. Pertraktacje nowopowstałego Min. Zdr. Publ. z Min.Ośw. w sprawie Instytutu trwały do r. 1919. Nie doprowadziły one do żadnego rezultatu, gdyż Min. Ośw. zamiast zakładu naukowego

wyższego chciało założyć szkołę zawodową, do której by się przyjmowało kandydatów z sześcioklasowem wykształceniem. Wobec tego Min. Zdr. Publ. postanowiło na własną rękę sprawę rozwiązać. W tym właśnie czasie przybył do Warszawy prof. Cieszyński, zwołał wiec dentystyczny i przedstawił na niem swój projekt kształcenia dentystycznego (po ukończeniu pełnego kursu medycyny dwa lata dodatkowych studjów specjalnych — jak w Portugalji). W myśl uchwały wiecu Min. Zdr. Publ. zwołało zjazd delegatów z całej Polski, po sześciu z każdej dzielnicy. Działo się to w kwietniu r. 1919. Po wyczerpujących całotygodniowych obradach przyjęto projekt nowy, tem różniący się od ministerjalnego, że przedłużał czas trwania nauk o pół roku, przewidując cztery roczne kursy. Włożono na Min. Zdr. Publ. obowiązek zamknięcia szkół prywatnych i utworzenia zakładu naukowego państwowego podług zatwierdzonego planu. Dodać wypada, że w Zjeździe przyjmowali udział najwybitniejsi nasi stomatolodzy z profesorami Cieszyńskim, Łepkowskim i Zwierzchowskim na czele. Rzecz więc została obmyślana wszechstronnie i wcale nie po dyletancku, a czasu na debaty nie żałowano, gdyż obrady trwały cały tydzień (odbyło się więc to trochę inaczej, niż na zjeździe we Lwowie, gdzie sprawę tak ważną załatwiono szybko i bez należytej dyskusji).

Dla dopilnowania, by uchwały Zjazdu wykonano ściśle, Zjazd wybrał specjalną komisję nadzorczą, w skład której weszli prof. Zwierzchowski (Warszawa), prof. Cieszyński (Lwów) i lek.-dent. Perliński z Poznania. Minister Zdrowia, spełniając uchwały Zjazdu polecił referentowi do spraw dentystycznych zorganizować uczelnię; a ten pragnąc, aby jej organizacja ściśle odpowiadała uchwałom Zjazdu, do wykonania tej czynności zaprosił członka komisji nadzorczej Prof. Zwierzchowskiego, który z podjętego zadania wywiązał się zdaniem Ministerjum Zdr. Publ. jak można było najlepiej. Tak powstał Państwowy Instytut Dentystyczny, jako uczelnia specjalna wyższa, wytykając na długie lata linję rozwoju dentystyki polskiej, równoległą do jej rozwoju w Niemczech i Stanach Zjednoczonych P. A., gdzie dentystyka i stomatologja stoją istotnie wysoko nie tylko pod względem praktycznego wykonawstwa, lecz również i pod względem naukowym. Państwa te dobrze zrozumiały, że przygotowanie dentystyczne musi być inne, niż przygotowanie lekarskie. Tu nie tylko chodzi o to, że medykom wykłada się dużo takiego materjału, który w dentystyce, a raczej w stomatologji nie ma zastosowania; tu idzie o to, że *studja lekarskie* w niektórych, zresztą bardzo licznych działach, *dają dla dentystów zbyt mało wiadomości.* Dość przytoczyć dla przykładu choćby taką chemję, fizykę, metalurgję. Chemji na medycynie poświęca się dużo czasu, a jed-

nak to, co właśnie dla każdego stomatologa jest wprost niezbędne (dział metali), traktuje się zwykle pobieżnie. Metalurgji nie przechodzi się wcale. A są to przedmioty ważne. Czyż mało kłopotu i nieprzyjemności mieli i dotąd jeszcze mają zwolennicy np. różnych surrogatów metali szlachetnych, którzy nie poznawszy dokładnie własności takiego, dajmy na to, randolfa, stosowali go w swej praktyce: to właśnie jest skutkiem niedostatecznego przygotowania dentystycznego.

Zwolennicy zjednoczenia studjów dentystycznych z lekarskiemi przytaczają na korzyść swych zapatrywań cały szereg pozornie racjonalnych argumentów, jak np. że zęby, a tem bardziej jama ustna, są cząstką organizmu, że w jamie ustnej przejawiają się choroby, mające swe siedlisko gdzieindziej, że oddzielić jamy ustnej od całego organizmu nie można, że wreszcie gdyby uznano za właściwe wyodrębnić studja dentystyczne od reszty medycyny, należałoby z kolei rzeczy w ten sam sposób kształcić laryngologów, okulistów, akuszerów i t. p. Wszystko to prawda, ale prawdą również jest i to, że można tak ułożyć studja, aby przyszli dentyści rozumieli dokładnie związek pomiędzy jamą ustną a całym organizmem, orjentowali się w przejawach różnych chorób w jamie ustnej, jednem słowem byli pod względem lekarskim zupełnie dobrze przygotowanymi dentystami, a obok tego nie obciążali zbytecznie pamięci swej całą masą zupełnie dla nich zbędnych wiadomości, nie marnowali czasu na zdobycie tego niepotrzebnego balastu i nie obciążali w ten sposób zbytnio i tak niezbyt zasobnego, jak u nas, w gotówkę skarbu Państwa. Zbytek wiadomości nikomu nie szkodzi; ale zdobycie tych wiadomości, o ile by się tylko nie odbyło kosztem niedostatecznego przygotowania specjalnego (co byłoby największem nieszczęściem dentystyki polskiej) musi przedłużać czas trwania nauk i podwyższać ponoszony przez państwo koszt przygotowania specjalistów. Niemiecko-amerykański system nauczania pozwolił objąć kursem cały szereg dziedzin wiedzy, nie wchodzących w zakres medycyny, a bezwzględnie każdemu dentyście potrzebnych, dając jednocześnie zupełnie dostateczne przygotowanie ogólno-lekarskie.

Naturalnie, że lekarz, poświęcając się dentystyce, z łatwością może wszelkie niedobory swej wiedzy uzupełnić, trzeba jednak zwrócić uwagę i na to, że niektóre z uzupełnianych działów należy studjować w specjalnych pracowniach, pod kierunkiem doświadczonych profesorów. Brak takich wiadomości, a nawet brak ich systematycznego zdobycia przez całe ży-

cie ciąży nad dentystą i przeszkadza mu zarówno w praktyce, jak i w podejmowaniu prac naukowych. Lekarz więc musiałby koniecznie przejść kurs uzupełniający, mojem zdaniem, co najmniej dwuletni. Ale ilu byśmy w takim razie mieli dentystów? Wszak obecnie, kiedy dla lekarzy niema żadnych dodatkowych studjów, w Małopolsce jest ich nie całe pół setki, w b. zaborze rosyjskim około tuzina, a w Poznańskiem (jeśli się nie mylę) niema ani jednego.

Dr. Allerhand wprawdzie twierdzi, że nam nie potrzeba wielu dentystów, gdyż ludność nie uczuwa potrzeby leczenia zębów: wszak we Lwowie ambulatorjum dentystyczne Polikliniki powszechnej od wybuchu wojny jest nieczynne, a urządzenia jego złożono do magazynu; przestała również istnieć Klinika szkolna... (str. 17). Na szczęście takie rzeczy dzieją się tylko... we Lwowie. Uogólniać tego nie można, prawdopodobnie są to rezultaty jakichś przyczyn wyłącznie miejscowych, nam bliżej nie znanych. Chcąc wysnuwać jakieś ogólniejsze wnioski, należałoby brać przykłady nie tylko z jednej, upośledzonej pod tym względem miejscowości, lecz przyjąć pod uwagę również i analogiczne przejawy życia społecznego w innych dzielnicach Polski, choćby tu u nas w Warszawie, a nawet w całej połaci b. zaboru rosyjskiego. Wszędzie tu pomoc dentystyczna w szkołach rządowych, a nawet i prywatnych widziana jest bardzo mile: korzystają z niej liczne rzesze młodzieży szkolnej. Dalej — Kasy chorych nie mogą wprost nadążyć licznym zapotrzebowaniom pomocy dentystycznej. Klinika Państw. Inst. Dent. miewa dziennie przeciętnie po 200 chorych. Wszystko to dowodzi, że zapotrzebowanie pomocy dentystycznej jest wcale nie małe i nie „maleje ono" przynajmniej tu u nas, lecz wzrasta. Wzrasta, gdyż dawniej nie mieliśmy pomocy w szkołach, nie było kliniki, nie było kas chorych, a teraz wszystkie te ośrodki pracują bardzo intesywnie i nie tylko nie myślą o zmniejszaniu swej działalności, lecz przeciwnie dążą do jej rozszerzenia. U nas więc mówić o tem, że ludność nie chce sobie zębów plombować lub, że nie rozumie potrzeby utrzymywania jamy ustnej w porządku, nie można. Nie ma więc autor racji, obawiać się nadprodukcji dentystów przynajmniej w ciągu najbliższych lat kilkunastu, i niepotrzebnie przedstawia sprawę tak, jakgdyby zwolennikom studjów odrębnych chodziło specjalnie o jaknajwiększą liczebnie produkcję specjalistów jaknajlichszego gatunku, nie na miejscu więc jest patetyczne nawoływanie, by produko-

---

*) Wyrażenie... nie ścisłe. Mówi się; *non multum, sed multa* — mało słów, dużo treści. Non multos, sed multa — może najwyżej znaczyć — mało mężczyzn, wiele istot rodzaju nijakiego.

wać „non multos, sed multa" *), gdyż wszystkim nam chodzi o to, abyśmy mieli dentystów i stomatologów dobrze przygotowanych do wykonywania swej specjalności zarówno pod względem praktycznym, jak i teorecznym. A zapominać nikomu nie wolno o uznanym przez wszystkich fakcie, że tam stoi dentystyka i stomatologja istotnie wysoko, gdzie się ją wykłada w specjalnych, dobrze postawionych szkołach. To, że i w tych państwach są malkontenci, którzy pragnęliby dokonać przewrotu w dotychczasowym systemie wykształcenia dentystycznego, niczego nie dowodzi: tacy wszędzie się znajdą.

Istotnie przekonywującemi mogłyby być tylko rezultaty, a tych możnaby oczekiwać po 10—20 latach po wprowadzeniu reformy, do której wcale się jakoś jeszcze nie spieszą ani niemcy, ani amerykanie. Poco więc my, polacy, którym powinno teraz chodzić o zaoszczędzenie każdego grosza, mamy pozwalać sobie na jakieś eksperymenty, które tam, gdzie je stosowano, dały rezultaty złe: z żadnej bowiem okolicy Państwa, nie słychać ze strony ludzi kompetentnych tylu skarg i narzekań na fatalny stan wykonawstwa dentystycznego, jak z Małopolski, gdzie na jednego legalnie praktykującego stomatologa przypada kilku partaczy. Taki stan niepożądany wytworzyłby się niebawem w całej Polsce, gdyby projektodawcom udało się Państwowy Instytut Dentystyczny zamknąć, a dentystów kształcić na sposób austrjacki na wydziałach lekarskich. Byłoby prawdopodobnie nawet jeszcze gorzej, niż w Galicji: w Krakowie bowiem i Lwowie spotykamy się z profesorami posiadającemi i wiedzę i odpowiednie doświadczenie, ale skąd takich ludzi doświadczonych brać? Profesor stomatologji na wydziale lekarskim nie może być w swej specjalności nowicjuszem, poza teorją musi posiadać długoletnią praktykę dentystyczną, której nawet najlepsze podręczniki nie zastąpią. Pozatem musi znać dobrze wszystkie cztery działy stomatologji, bo tam wszak na razie nie przewiduje się podziału: zaprojektowano jedną jedyną katedrę, a nie 4. Musimy przyznać, że odpowiednich ludzi dla obsadzenia katedr we wszystkich uniwersytetach na razie jeszcze nam brak. Profesorów jednym pociągnięciem pióra stwarzać nie można. Prawda, że jeden z asystentów kliniki stomatologicznej lwowskiej z całą powagą w gronie uczestników zeszłorocznego zjazdu zaofiarowywał się co roku przygotowywać po dwóch profesorów, Powaga nauki polskiej jednak nie stoi tak nisko, żeby nad taką ofertą można było się zastanawiać. Przytoczę tu mutatis mutandis myśl wypowiedzianą przez dr. Allerharda w omawianej broszurce: postarajmy się raczej o jedną dobrą uczelnię dentystyczną, niż o wiele byle jakich, z którychby wy-

chodzili dentyści niedouczeni. A jedną uczelnię postawić d o b r z e możemy, bo na to nas stać.

Państwowy Instytut Dentystyczny wyraźnie określa linję rozwoju polskiej dentystyki na pewien przeciąg czasu i nim nie zajdą zasadnicze zmiany w ustosunkowaniu liczebnem podaży i popytu, nim nie zapewni się każdemu obywatelowi Polski odpowiedniej pomocy dentystycznej, dopóty nie wolno zbaczać z raz już obranej drogi. Wszak jeszcze nikt się nie przekonał, że jesteśmy na drodze fałszywej: jeszcze osoby przyjęte do Instytutu na kurs I, nie zdołały go ukończyć; a zresztą gdyby nawet już go ukończyły i wykazały pewne jakieś braki, to — czy to mogłoby dyskredytować cały program nauczania? Przecież musimy pamiętać, że Instytut powstał nie odrazu, że teraz jeszcze ma z naszego punktu widzenia znaczne luki, które może nawet przy najlepszych chęciach nie tak zaraz da się usunąć. Wszystko to trzeba mieć na uwadze, omawiając te sprawy, a nie rządzić się jeno zasadą: wszystko co mi się nie podoba, jest złe; można łatwo zbłądzić, szczególniej jeśli się takie ważne sprawy załatwia tak wprost na kolanie, jak miało miejsce na zjeździe we Lwowie—pod wpływem pierwszego afektu. Wydobyto owo sławne z a k a ż e n i e u s t n e i na tej zasadzie zawyrokowano, że do plombowania zębów trzeba koniecznie kończyć medycynę. Do takiego wniosku możnaby było dojść tylko wtedy, gdyby się udało udowodnić, że dentyści bez lekarskiego wykształcenia spowodowali więcej przypadków zakażenia ustnego z powodu nieznajomości rzeczy, aniżeli doktorzy medycyny. O ile mi jednak wiadomo takiej statystyki nikt jeszcze nie robił. Zakres nauk lekarskich, objętych programem Instytutu jest tak szeroki, że daje możność zrozumienia łączności zębów z całym organizmem i wzajemnego oddziaływania na siebie organizmu, jako całości i zębów jako jego części. By to zrozumieć — nie trzeba chyba kończyć medycyny. A jeśli kto już tej łączności zrozumieć nie może, to i medycyna mu wiele nie pomoże.

Na co trzeba zwracać uwagę przy zachowawczem traktowaniu zębów i korzeni zębowych, jakie ostrożności przedsiębrać, by szanse wywołania zakażenia ogniskowego zredukować ad minimum — to musi wiedzieć każdy dentysta, posiadający prawo praktyki i niema żadnych podstaw do przypuszczenia, że tego nie nauczą się studenci Państwowego Instytutu Dentystycznego. Mnie się zdaje, że prędzej potrafi uniknąć w prowadzenia do organizmu lub pozostawienia w nim (przy zamykaniu jam próchnicowych) czynników wywołujących zakażenie specjalista, dobrze obeznany z techniką zachowawczego traktowania zębów oraz posiadający w tem zakresie odpowiednią wprawę i wprost przyzwyczajony do należytego wykonywania

tych wszystkich drobiazgowych zabiegów, niż najbardziej wszechstronnie wykształcony lekarz, świadomy grożącego na każdym kroku niebezpieczeństwa, nie posiadający wszakże dostatecznej wprawy. A w ciągu krótkotrwałych stosunkowo studjów klinicznych nawet egzaminowany student medycyny najwyżej potrafi zapoznać się z omawianemi rękoczynami, wprawy zaś nie nabędzie, bo na to zbraknie mu czasu.

Istniał swego czasu projekt połączenia studjów lekarskich z dentystycznemi, polegający na tem, że studja przedkliniczne miały być wspólne, na wyższych zaś kursach następował rozdział: dentystów zwalniano od prac w niektórych klinikach i dawano im w ten sposób czas na studja specjalne. Projekt ów poddany obradom na zjeździe delegatów w r. 1919, został odrzucony. Autorowi wytłumaczono, że przy usunięciu zbytecznego balastu i dodaniu całego szeregu ważnych dla dentystyki przedmiotów, nie wykładanych na medycynie — kształcenie dentystów można z powodzeniem o cały rok skrócić. Ponieważ wydatki na utrzymanie uczelni pokrywa i pokrywać powinno państwo, zyskuje się znaczną oszczędność, przyczem same studja na tej oszczędności nie tylko nic nie tracą, lecz przeciwnie są o wiele gruntowniejsze i dostarczą Państwu wskutek tego o wiele lepszych specjalistów, co widzimy na przykładzie Ameryki i Niemiec. Nie wspominałbym o tym projekcie, jako o wycofanym nawet przez samego autora, gdyby on nanowo nie stał się aktualnym, zjawiając się po raz wtóry w wydanej przez d-ra Meissnera i prof. Nitscha broszurze, pod tytułem: Plan reformy studjów dentystycznych w Polsce. Koncepcję tą wysunięto... dla oszczędności. Naszym jednak zdaniem jest to projekt najkosztowniejszy. Każdy bowiem dentysta będzie o dwa lata dłużej przebywał w zakładzie naukowym, więc eo ipso koszt jego wykształcenia podniesie się o 50 %. Pozatem nie będą to ani lekarze ani dentyści, stanowczo bowiem zamało będą mieli czasu na należyte specjalne wyszkolenie. Powtarzać tych wszystkich motywów, dla których projekt ów w roku 1919 na zjeździe odrzucono, nie będę, zaznaczę jeno, że bronił go narazie jedynie autor, który jednak siłą rzeczowych argumentow dał się przekonać i od projektu odstąpił. Można czasami nie zgadzać się z jakimś projektem, można go uważać za przedwczesny, ale zawsze go się zrozumie, jeśli tylko jest on oparty na podstawach racjonalnych. Tak np. możemy uważać za niedopowiednią na czas obecny propozycję kształcenia dentystów za pomocą dwuletnich studjów dodatkowych dla lekarzy po skończeniu uniwersytetu: bo tych dentystów byśmy wcale nie mieli. Omawiany zaś projekt połączenia nauczania dentystyki z medycyną, nie tylko, że również nam nie da dostatecznej liczby dentystów, lecz jeśliby ich dał, to byliby to ludzie z dentystyką

obeznani jedynie teorytycznie, a więc do działalności praktycznej nieprzygotowani, bo nato nie mieli by czasu.

Nowością w tym projekcie jest pomysł podziału doktoratów na doktorat medycyny i doktorat wszech nauk lekarskich, z udostępnieniem dla dentystów tylko pierwszego. Pomysł ów nie wydaje mi się szczęśliwym: wywołałoby to jeno zamięszanie pojęć. Ze względu na specjalność studjów dentystycznych należy utworzyć i doktorat specjalny doktorat nauk dentystycznych, nadawany na podstawach, ogólnie w obecnym czasie przyjętych.

Streszczając się więc musimy zaznaczyć, że sprawa kształcenia dentystów (sposobem politechnicznym) postawiona jest w Polsce na właściwej linji rozwoju, należy tylko obecnie dążyć do ścisłego wykonania dobrze w swoim czasie obmyślanych programów i na razie nic więcej. Wszelkie zmiany niby „na lepsze" wtedy, gdy jeszcze dla braku potrzebnego na obserwacje czasu, nie można było zauważyć żadnych realnych rezultatów kierunku dotychczasowego, należy uważać raczej za szkodliwe, niż za pożyteczne. Z miejsca nie ruszy się ten, kto zamiast iść naprzód, z powodu braku decyzji, kręci się tylko w kółko.

DR. MED. A. GRUSZCZYŃSKI.

Nowe horyzonty a smutna rzeczywistość.

Ukazała się w druku broszurka p. t. „Plan reformy studjów dentystycznych w Polsce", napisana i wydana przez dra Mejssnera i prof. Nitscha.

We wstępie autorzy usprawiedliwiają się przed czytelnikiem, dlaczego pozwalają sobie na zabranie głosu w sprawie studjów dentystycznych. Widocznie sami uznawali za potrzebne przedstawić się czytelnikowi. „Jeden z nas (Mejssner), piszą oni, po odbyciu całkowitych studjów dentystycznych w Niemczech przeszedł później całkowite studja lekarskie i poświęcił się chirurgji stomatologicznej... Drugi (Nitsch) z zaboru austrjackiego i jako lekarz również miał sposobność poznać trochę (sic!) stosunki tamtejsze (jakie, czy dentystyczne?). Obaj wykładamy w P. I. D. od lat 3 i dla tego... sądzimy że mamy prawo zabrać również głos w sprawie reformy studjów dentystycznych w Polsce". Jednakże, prawdopodobnie, sami zwątpili w swoje kwalifikacje, jeżeli szukali rady innych osób, nawet niekompetentnych.

Albowiem na str. 17 czytamy: „Ułożył się on (t. j. plan reformy stud. dent.) pomału w ciągu rozmyślań, doświadczeń i dyskusji z różnymi lekarzami, profesorami i urzędnikami dep. IV w Min., W. R. i O. P. (sic!)".

Otóż zupełnie nie kwestjonując narad tych z urzędnikami IV dep. w Min. W. R. i O. P., wyrażamy powątpiewanie, czy autorzy szukali rady w dyskusji z profesorami, a przynajmniej z takimi, którzy mogliby w sprawie studjów dentystycznych coś realnego im powiedzieć. Autorzy planu reformy stud. dent. w Polsce, widocznie, przypisywali wyjątkowe znaczenie wskazówkom, udzielonym im przez „urzędników IV dep. w Min., W. R. i O. P." i, tak świetnie we wskazówki te wyposażeni, ułożyli plan reformy studjów dentystycznych, którą pragną uszczęśliwić Polskę.

Pozostawiając na razie ocenę tej reformy studjów dentystycznych, chcielibyśmy jednakże zastanowić się nad niektórymi szczegółami, przytoczonymi w broszurce. Są one dla nas tem cenniejsze, że przytoczone są przez dyrektora i wicedyrektora P. I. D., a zatem pochodzą ze źródła pewnego. Na str. 12 i 26 broszurki widzimy dane, dotyczące składu całego aparatu pedagogicznego Państwowego Instytutu Dentystycznego. Dowiadujemy się, że w Instytucie zajętych jest 3-ch profesorów, 17 asystentów i 4 siostry. Otóż absolutnie nie możemy zrozumieć potrzeby istnienia tych sióstr w instytucie dentystycznym! Czy nie zadużo jednak i tych asystentów?

Ośmiu asystentów zajętych jest przy katedrze dentystyki zachowawczej. Zgoda. W klinice dentystyki zachowawczej niezbędna jest jaknajwiększa pomoc kierownicza, aby uczniowie przy zajęciach klinicznych nie byli zostawieni własnemu losowi, a w każdej potrzebie znaleźli wskazówki i pomoc kierowniczą. Zgadzamy się również, że przy katedrze techniki dentystycznej dla tych samych powodów usprawiedliwiona jest obecność 4 asystentów. Ale pozwolimy sobie zapytać, co robią owi pięciu asystentów przy katedrze chirurgji stomatologicznej. Pomagają profesorowi przy operacjach, ktoś powie. Ale do tej pomocy wystarczyłby jeden, a najwyżej dwóch asystentów, jeżeli już chodzi o operacje, dokonywane w uśpieniu ogólnem, których w praktyce dentystycznej obecnie jest bardzo mało. W chirurgji wogóle dążą do ograniczenia liczby pomocników przy operacjach. Dzisiaj chirurg robi operacje brzuszne przy pomocy dwóch asystentów. Mamy prawo przeto sądzić, że w chirurugji stomatologicznej, redukującej się w P. I. D., najczęściej do rezekcji wierzchołka korzenia, lub usunięcia zęba, wystarczyłby z zupełnem powodzeniem jeden asystent. A teraz przyjrzyjmy się klinice stomatologicznej. Na IV kursie w roku obecnym jest 45 studentów, od których wy-

maga się dokonania po 4 ekstrakcje. Czyli, że uczniowie IV kursu powinni dokonać 45 X 4 = 180 ekstrakcji w ciągu roku. Przyjmując, że zajęć klinicznych jest około stu dni w ciągu roku, przyjdziemy do wniosku, że dziennie dokonywa się w P. I. D. przeciętnie dwie ekstrakcje. I gdzie tutaj może być mowa o tej wytężonej pracy, o której wspomina się na str. 12: „praca tam w r e od 9 z rana do 4 po południu". Chyba nie na klinice stomatologicznej! C z y w i ę c na to, aby studenci wykonywali dziennie 2--a nawet 3 ekstrakcje, n i e w y s t a r c z y także, j e d e n a s y s t e n t. Zdaje się, że rozumowanie nasze, oparte na cyfrach nieubłaganych, zbić się w żaden sposób nie da.

Dalej na str. 12 czytamy: „Wspólna ta praca profesorów, asystentów... musi wydać oczekiwane owoce i dostarczyć Państwu Polskiemu odpowiednią ilość wykwalifikowanych stomatologów, którzy zaraz po opuszczeniu Instytutu i uzyskaniu dydyplomu będą mogli rozpocząć praktykę dentystyczną". Złudzenie, Szanowni Panowie! I dziwi nas to, że tak pisze dyrektor i wicedyrektor P. I. Dent., którzy występują z planem reformy studjów dentystycznych. Czy Szanowni Panowie naprawdę wierzą w to, że dokonanie przez studenta paru ekstrakcji uczyni z niego wykwalifikowanego dentystę, który będzie umiał zęby usuwać.

My, niestety, uwierzyć w to nie możemy i wykazaliśmy już parokrotnie (patrz „Przegląd Dentystyczny" r. 1923 № II i r. 1924 № I), że Państ. Inst. Dent. przy obecnym kierunku nie może dać nie tylko „wykwalifikowanych stomatologów", ale nawet dostatecznie przygotowanych dentystów.

Jak zaznaczyliśmy już nieraz, system nauczania w Państ. Inst. Dent. jest wadliwy. Studenci nie przerabiają rękoczynów w dostatecznej ilości, są tylko widzami, jak rękoczyny te wykonują asystenci, lub skończeni dentyści. D y r e k c j a z a m i e n i ł a u c z e l n i ę d e n t y s t y c z n ą n a k u r s y u z u p e ł n i a j ą c e d l a s k o ń c z o n y c h d e n t y s t ó w, a k l i n i k ę I n s t y t u t u n a p r z e d s i ę b i o r s t w o d o c h o d o w e, które obecnie daje około 50 miljardów rocznego dochodu (patrz str. 28). Może pod względem finansowym zarządzenia te były pomyślne, ale pod względem nauczania — pod względem kształcenia dentystów — bardzo niekorzystne.

U c z e l n i a d e n t y s t y c z n a p o w i n n a m i e ć n a c e l u n i e i n t e r e s y f i n a n s o w e, a p r z e d e w s z y s t k i e m n a l e ż y t e k s z t a ł c e n i e s t u d e n t ó w. Jeżeli tak zwani „wolentarjusze" zajmują fotele, jeżeli wyłapują materjał kliniczny, wskutek czego, naprzykład, w klinice stomatologicznej studenci mogą dokonywać tylko po parę ekstrakcji w ciągu roku i tak przygotowani iść w świat, aby

dopiero na pacjentach uczyć się rwania zębów, to widocznem jest, że taki kierunek uczelni nie odpowiada jej potrzebom.

I nie można łudzić się, że uczelnia taka da „wykwalifikowanych stomatologów". Z niej wyjdą ludzie, posiadający dyplomy, ale absolutnie nie przygotowani do samodzielnej praktyki dentystycznej. Dla tego też jeszcze raz podkreślić musimy, że kierunek nauczania w Państw. Inst. Dent. musi uledz zmianie, bez względu na to, czy Instytut będzie połączony z wydziałem lekarskim, czy nie; na czele zaś jego powinien stanąć fachowy stomatolog, posiadający obok szeregu prac naukowych długoletnią praktykę dentystyczną, jakto zresztą bardzo szłusznie za naczyli autorzy omawianego projektu.

DR. MED. PROF. N. WILGA.

W sprawie reformy studjów dentystycznych w Polsce.

W ciągu ubiegłego roku do Ministerium W. R. i O. P. wpłynęło kilka projektów reformy studjów dentystycznych. Projekty te starają się wykazać konieczność zmiany egzystującego w Polsce systemn nauczania zębolecznictwa. Zwykle potrzeba reformy systemu nauczania jakiejkolwiek gałęzi wiedzy ludzkiej jest wynikiem opinji publicznej, wypowiadanej w prasie specjalnej; potem dopiero sam projekt reformy opracowuje odpowiedni zespół specjalistów, lub z podobnym projektem występuje odpowiednia uczelnia.

Nie właściwemi są natomiast starania w celu przeprowadzenia reformy studjów przez bezpośrednie wniesienie odpowiedniego projektu do Ministerium, gdyż w tym przypadku nie zawsze najlepszy projekt mógłby uzyskać aprobatę.

Wobec powyższego pożądanem jest w danej chwili jaknajszersze wypowiedzenie się opinji publicznej w sprawie studjów dentystycznych w Polsce.

Otóż dlatego pozwalam sobie zabrać głos w tej kwestji.

Rozpatrzymy zatem projekty, które wpłynęły do Ministerium, następnie porównamy obecny system nauczania dentystyki w innych państwach i u nas w Polsce i wreszcie zrobimy wniosek co do charakteru koniecznych reform studjów dentystycznych w naszem państwie

Pierwszy ze wspomnianych projektów powstał w 4-ym departamencie M. W. R. i O. P. Według niego studja dentystycz-

ne stanowiłyby odrębną wyższą szkołę zawodową, nie objętą jednak ramową ustawą akademicką, a więc nie dającą praw wyższego akademickiego zakładu. W szkole tej miały być tylko 4 specjalne katedry, zamiast zaś pozostałych 15 katedr profesorowie innych uczelni i w innych zakładach prowadziliby zlecone wykłady. Nauczanie więc tych przedmiotów zależałoby od dobrej woli tych profesorów, a zatem, rzecz prosta, narażone by było na los przypadkowy. Studja niepotrzebnie przedłużono do lat 5.

Stwarzając w ten sposób odrębną zawodową szkołę dla nauczania zębolecznicwa, tem samem studja dentystyczne petryfikuje się i odsuwa na długie lata od studjów lekarskich. Na całym zaś świecie widzimy dążenie wręcz przeciwne, t. j. tendencję wcielenia studjów dentystycznych do nauk lekarskich. Projekt ten jednak upadł w samem Ministerium.

Drugi projekt podaje *dr. Allerhand* i grupa lekarzy ze Lwowa; polecają oni austrjacki system nauczania dentystyki. Egzystuje on od dawna w Austrji, we Włoszech wprowadzono go w 1912 r. System ów polega na zasadzie, że dentystyka, będąc nierozdzielną częścią medycyny, powinna być nauczana tak, jak i wszystkie inne jej działy, na podstawach ogólno-lekarskich i na wydziałach lekarskich.

A więc i zajmować się zębolecznictwem może tylko ten, kto skończył wydział lekarski i poświęcił się tej specjalności.

W zasadzie najzupełniej zgadzamy się i podzielamy ten system i uważamy go za idealny lecz w zastosowaniu praktycznem, w życiu dał on ujemne wyniki, a mianowicie widzimy w Austrji:

1) słaby postęp nauki dentystycznej,

2) bardzo nieznaczną ilość lekarzy, zajmujących się zębolecznictwem. Wskutek tego miejsce brakujących lekarzy zajęli technicy dentystyczni i wytworzyło się partactwo.

Jedną z przyczyn tego zjawiska jest ta okoliczność, że zębolecznictwo dotąd jeszcze, chociaż niesłusznie, uważane jest za drugorzędną specjalność w porównaniu z innymi lekarskimi działami, jak również i to, że dentystyka, jako przedmiot trudny, wymaga dla swej specjalizacji dużo czasu, co zniechęca do niej doktorów medycyny. Drugą przyczyną ujemnej strony austrjackiego systemu jest stanowisko dentystyki na uniwersytetach austrjackich, gdzie wśród innych nauk lekarskich zajmuje ona trzeciorzędne miejsce.

Można o tem sądzić chociażby z faktu, że studenci medycyny obowiązani są słuchać stomatologji tylko w ciągu 6 tygodni w okresie jednego trimestru. Już to jedno wskazuje, jak bardzo nizko ocenia się znaczenie tej nauki.

Stosownie do tego i katedry stomatologji uposażone były

bardzo niedostatecznie; zamiast 3 profesorów jest tylko jeden, który nie ma możności racjonalnie prowadzić nauczania specjalistów.

Przeciw systemowi austrjackiemu kategorycznie wypowiedział się prof. Cieszyński w swojej pracy: „O reformie studjów stomatologicznych w Polsce" w 1919 r., oraz w drugiej swojej pracy z 1922 r. „Sprawy studjów dentystycznych". Jest on gorącym zwolennikiem systemu odrębnych studjów dentystycznych (str. 8), na których wzorowano studja w Polsce. W tejże pracy profesor Cieszyński oświadcza, że w ciągu 8 lat wojny na lwowskim uniwersytecie, gdzie dotąd trwa system austrjacki, studjowało dentystykę tylko 3-ch lekarzy, a po 1921 r. rozpoczęło studja (nie skończyło) również 3-ch lekarzy. Prof. Nitsch w swoim projekcie bardzo obszernie i dokładnie omawia ujemną stronę austrjackiego systemu w Małopolsce i pochodzące stąd nienormalne i szkodliwe stosunki.

A więc widzimy, że system ten, idealny teoretycznie, w życiu dał tylko ujemne rezultaty. Nie dostarcza on Państwu potrzebnej ilości specjalistów, nie przyczynia się do rozwoju samej nauki i prowadzi do upadku zębolecznictwa, wytwarzając partactwo.

Co się zaś tyczy uchwał I Zjazdu naukowego lekarzy-dentystów we Lwowie w sprawie studjów dentystycznych, to nie mają one tego znaczenia, jakie im nadaje pewna grupa lekarzy lwowskich, propagująca system austrjacki.

Postulaty Zjazdu są następujące:

1) Dentystyka winna wejść w ramy nauczania medycyny, ogólnej z tem, że przyszły lekarz-dentysta ukończy studja medyczne na tych samych warunkach co lekarz wogóle".

2) „Chcący specjalizować się w dentystyce muszą: a) ukończyć jednolitą na obszarze Rzplitej liczbę przedklinicznych i klinicznych semestrów z okresu chirurgji stomatologicznej, ortopedji szczękowej i protetyki oraz dentystyki zachowawczej.

b) Zdać osobny egzamin specjalizacyjny, czem uzyskają dyplom „specjalisty chorób zębów i jamy ustnej" z prawem wykonywania praktyki w swej specjalności".

Pierwszy z tych postulatów jest niewykonalny w obecnej chwili, gdyż żaden wydział lekarski nie zgodzi się, aby dentystyka, która, jako gałęź lekarska, zajmuje trzeciorzędne stanowisko, posiadała aż 3 lub 4 katedry wtedy, gdy podstawowe pierwszorzędnego znaczenia działy, jak interna i chirurgja, mają ich po 2 zaledwie.

Drugi z tych postulatów również upada: nie można bowiem załatwiać specjalizacji w dentystyce odrębnie od specjalizacji

w innych działach medycyny, ponieważ sprawa ta wkracza zbyt silnie w podstawy uprawnień stanu lekarskiego.

Następnie Zjazd przewiduje osobną komisję która zajmie się ustaleniem systemu nauczania dentystyki oraz określeniem czasu trwania obecnego prześciowego systemu.

A zatem uchwały Zjazdu możemy traktować jako ideał na razie niedościgniony, który może wejść w życie z chwilą, gdy się zmienią obecne warunki.

Trzecim z rzędu *był projekt*, podany przez *profesora Nitscha i dr. Majsnera.*

Z początku autorzy obszernie i słusznie omawiają w nim ujemne strony austrjackiego systemu i wynikające stąd nienormalne stosunki: brak lekarzy, zajmujących sięząbolecznictwem i rozwinięcie się partactwa, gdyż w rezultacie technicy dentystyczni praktykują na szeroką skalę.

Mówi się następnie w projekcie o słabych stronach dawnego rosyjskiego systemu nauczania dentystyki. Poczem, nie wspominając nic o zaletach lub wadach systemów studjów w innych państwach, autorzy polecają swój własny projekt reformy nauczania dentystyki w Polsce. Według tego systemu studja dentystyczne trwają 6 lat. Z nich $3^1/_2$ lat (11 trimestrów) studjów lekarskich mają być wspólne dla medyków i przyszłych dentystów. Dopiero w końcu II-go trimestru IV roku młodzież musiałaby obrać sobie albo zawód lekarza albo lekarza-dentysty. Ci ze studentów, którzy przeszliby z wydziału lekarskiego na dentystykę, rozpoczęliby specjalne studja dentystyczne począwszy od III trimestru roku IV (od 12-go trimestru). Musieliby oni także uczęszczać na niektóre lekarskie przedmioty wspólnie ze studentami medycyny, a mianowicie na: 1) internę, 2) chirurgję, 3) hygjenę, 4) okulistykę, 5) medycynę sądową i 6) neurologję.

A więc specjalne studja dentystyczne wraz ze wspomnianemi 6-ma lekarskimi przedmiotami trwałyby 7 trimestrów, po ukończeniu których, tj. po 6 latach abselwenci otrzymaliby dyplom lekarza-dentysty.

Jedną z ujemnych stron tego systemu jest przeciążenie studentów nadmierną ilością godzin wykładów i ćwiczeń. Tak np. na II, III i IV specjalnych trimestrach mają oni razem z lekarskimi przedmiotami po 55—57 godzin tygodniowo; na V zaś trimestrze 50 godz. i t. p.

W porównaniu z planem studjów lekarskich, gdzie przeciętnie ma się $34^1/_3$ godz. tygodniowo, stanowi to ogromną różnicę. Takie przeciążenie słuchaczy prowadzi do obniżenia poziomu nauczania, ponieważ studenci nie są w stanie sumiennie wykonywać włożonych na nich obowiązków i zmuszeni są zaniedbywać niektóre wykłady i ćwiczenia, częstokroć bardzo ważne.

Zwraca na siebie uwagę w tym planie pewna sprzeczność w poglądach co do ilości czasu potrzebnego do przestudjowania dentystyki.

Tak np. dla doktorów medycyny według owego projektu koniecznem jest dla specjalizacji poświęcić od 3 ch do 5 lat, (str. projektu 10—11) a dla słuchaczów studjów dentystycznych na wszystkie specjalne przedmioty oraz na 6 obszernych przedmiotów lekarskich przeznaczono razem tylko 7 trimestrów, t. j. 2½ lat, (str. pr. 18, 19) a więc na same specjalne przedmioty pozostanie około 1½ roku. Zupełnie niezrozumiałem jest dlaczego dla opanowania jednej i tej samej nauki dla lekarzy potrzeba 3 — 5 lat, a dla studentów dentystyki około 1½ roku.

Drugą i bardzo ujemną stroną tego systemu jest to, że studja są bardzo przedłużone, bo aż do 6 lat.

Spotyka się tu tą samą wadę, jaka jest w systemie austrjackim t. j., że na specjalizację w zębolecznictwie potrzeba stracić więcej lub w najlepszym razie tyleż czasu, co na specjalizację w jakiej bądź innej gałęzi medycyny. Dentystyka zaś jeszcze dotychczas, o czem już wyżej mówiliśmy i w społeczeństwie i nawet w świecie lekarskim jest uważana (chociaż zupełnie niesłusznie) za naukę drugorzędną w porównaniu z innemi gałęziami medycyny; dlatego też studja dentystyczne mogą pociągać ku sobie młodzież tylko w tym razie, kiedy zajmą one znacznie mniej czasu, niż studja lekarskie, ukończenie, których daje lekarzowi i szersze pole działalności i poważniejsze stanowisko społeczne. A więc nie ulega najmniejszej wątpliwości, że żaden student medycyny, któremu do ukończenia jej pozostało 5 trimestrów (1⅔ roku) nie zrezygnuje z wydziału lekarskiego i nie przejdzie na dentystykę w tym celu, aby studjować ją jeszcze 2½ lata i otrzymać stanowisko i dyplom lekarza-dentysty. Da mu to bowiem możność uprawiania tylko jednej i to bardzo wązkiej specjalności — zębolecznictwa.

Będzie on wolał zatem najprzód ukończyć w krótszym czasie wydział lekarski, dający mu, jak już wspominaliśmy i szersze wykształcenie i wyższe stanowisko społeczne i nareszcie dowolny, szeroki wybór specjalności z pośród wszystkich gałęzi medycyny.

Gdyby nawet chciał zająć się dentystyką to popracuje jeszcze jakiś rok i tak samo w ciągu 6 lat będzie mógł przystąpić do praktycznej działalności, ale już jako lekarz.

Ale nawet niezależnie od tego będzie brak adeptów studjowania dentystyki jeszcze i z tej przyczyny, że młodzież nasza niezamożna nie będzie w stanie uczę-

szczać w ciągu lat 6 na najdroższe studja, jakiemi są studja dentystyczne.

A zatem wprowadzanie w życie tego planu pozbawiłoby Państwo dopływu lekarzy - dentystów, potrzebnych dlań nie w mniejszej ilości od lekarzy ogólnych.

Trzecia ujemna strona tych studjów leży w tem fakcie, że są one dla Państwa bardzo kosztowne.

Rzecz prosta, że studjowanie jakiejbądź nauki w ciągu lat 6 będzie kosztowało Państwo drożej, niż studjowanie w ciągu 4 lat. (Obecnie studja dentystyczne trwają 4 lata). Studja lekarskie są jedne z najdroższych i 11 trimestrów studjów na wydziale lekarskim przyszłych dentystów okaże się zbyt kosztownem dla Państwa. Wszystko bowiem jędno, czy te rozchody zapisze się na rachunek wydziału lekarskiego, czy na rachunek „studjów dentystycznych. Państwo musi je ponieść, zaliczając na 6-letnie studja dentystyczne.

Przyjąwszy pod uwagę, że egzystujące kursy dentystyczne trwają 4 lata, że zamiast osobnych katedr nauk lekarskich studenci korzystają tylko ze zleconych wykładów tych nauk, śmiało można powiedzieć, że nowe studja dentystyczne kosztowałyby Państwo dwa razy drożej, niż obecnie.

Do ujemnych stron projektu chociaż mniejszej wagi zaliczyć należy proponowane wprowadzenie wspólnego tytułu naukowego „doktora medycyny“ dla lekarzy i dla lekarzy-dentystów, a to dla tego, że ci ostatni nie otrzymali przecież jednakowego lekarskiego wykształcenia.

Nie można się zgodzić również z poglądem autorów projektu, że mamy już prawie nadmiar lekarzy, że z powodu nadmiernej ilości słuchaczów, przepełniających wydziały lekarskie należy część młodzieży skierować na dentystykę, aby uniknąć nadprodukcji lekarzy. Otóż z miarodajnych źródeł wiemy, że jeszcze nie tylko nie grozi nam nadprodukcja lekarzy, lecz przeciwnie w wielu miejscach prowincji odczuwa się ich brak.

Co zaś się tyczy nadmiernej ilości słuchaczów medycyny — są to poczęści pozostałości powojenne. Nadal wydziały lekarskie będą w każdym razie zmuszone przyjmować tylu tylko słuchaczów, ilu mogą pomieścić ich zakłady w warunkach normalnego nauczania. Wskutek tego ilość słuchaczów, a co za tem idzie i ilość kończących lekarzy, znacznie się zmniejszy.

Nie można pominąć milczeniem sprawy dochodów Państwowego Instytutu Dentystycznego, poruszonej w omawianym projekcie.

Autorzy w kategorycznej formie twierdzą, że Instytut Dentystyczny „przeniesiony do odpowiedniego gmachu mógłby w ca-

łości sam się utrzymać i wskutek tego zaopatrywać Państwo w stomatologów prawie bez żadnych kosztów".

Dochody tej instytucji mają być tak kolosalne, że jeżeli Państwo pokryje 25% kosztów budowy gmachu, a 75% pożyczy Instytutowi, to ten ostatni „**zarobi** tyle, iż w ciągu 10-15 lat pokryje koszta budowy". (Str. 28 i 29.)

Otóż ze swej strony twierdzę z całą stanowczością, że zdanie to jest całkiem mylne i nie opiera się na realnych podstawach. Instytut dentystyczny w żadnym razie nie będzie przynosił takich znacznych dochodów, dopóki pozostanie „uczelnią" mającą na celu nauczanie i wyszkalanie przyszłych specjalistów w zębolecznictwie oraz rozwój polskiej nauki dentystycznej.

Może on dawać podobne zyski tylko wtedy, kiedy „uczelnia" zamieni się w przedsiębiorstwo zarobkowe, w obszerną zwyczajną lecznicę pod firmą „Państwowy Instytut Dentystyczny", który właściwie wtedy przestałby istnieć, jako taki. Zdanie swoje opieram na 12-letniem doświadczeniu, jako kierownik własnej szkoły dentystycznej w Moskwie, kształcącej po 600 słuchaczy.

Najsłabszą stroną rosyjskiego systemu nauczania dentystyki było to, że szkoły dentystyczne musiały egzystować z własnych dochodów, że obok celów naukowych istniała ciągle troska o materjalną stronę uczelni, że chcąc utrzymać się na odpowiednim poziomie, potrzeba było wyszukiwać źródeł jakichś innych pobocznych dochodów, jak np. odrębna lecznica, kursy uzupełniające i t. p. Materjalne troski nie dawały tym uczelniom należycie się rozwijać nawet wobec najlepszych intencji ich kierowników. Tą właśnie najsłabszą stronę byłego rosyjskiego systemu wprowadzi się u nas, jeżeli, jak to polecają autorzy projektu, Instytut Dentystyczny będzie musiał sam się utrzymać. Każdy kierownik specjalnej katedry musiałby myśleć głównie nie o ulepszeniu sposobów nauczania studentów, nie o rozwoju nauki, lecz o tem, w jakiby sposób zwiększyć dochody swego oddziału.

Było by to prawdziwą **klęską** polskiej nauki dentystycznej i polskiego zębolecznictwa.

Źródła dochodów Instytutu są dwojakie, a mianowicie: 1) opłaty chorych i 2) opłaty studentów. Instytut ma obowiązek wyszkolenia przyszłych specjalistów w zębolecznictwie, dlatego też musi on dać studentom do samodzielnych ćwiczeń klinicznych odpowiednią ilość chorych, inaczej absolwenci Instytutu nie będą należycie przygotowani do praktycznej działalności. Opłata pobierana od chorych musi więc być dość nizka, w przeciwnym bowiem razie nikt nie będzie się zgłaszał do klinik i studentom zbraknie materjału klinicznego. Frekwencja chorych zależy od ilości studentów, którzy nie posiadając wprawy muszą pra-

cować bardzo powoli i nie mogą przyjmować większej iłości chorych. A więc to źródło dochodu jest bardzo ograniczone. Nie wielką sumę stanowią także i opłaty studenckie: wpisowe i za ćwiczenia. W każdym razie dochody Instytutu zwiększają się wraz ze zwiększeniem ilości studentów, chociaż w miarę tego zwiększenia rosną i rozchody. Każdy inny sposób znaczniejszego powiększania dochodów Instytutu bezwątpienia musi się łączyć ze szkodą dla nauczania, dla kierunku naukowego uczelni, bo jak już wyżej mówiło się, będzie odrywać kierowników i asystentów specjalnych Katedr od ich zasadniczych obowiązków.

Na mocy powyższego musimy przyjść do przekonania, że

a) proponowany plan reformy studjów dentystycznych nie rozwiązuje sprawy nauczania dentystyki w Polsce;

b) nie zapewnia Państwu potrzebnego dopływu stomatologów;

c) wymaga ogromnych kosztów od społeczeństwa i Państwa;

d) prowadzi do upadku polskiego zębolecznictwa.

Przechodzimy teraz do rozpatrzenia kwestji, jak stoi obecnie sprawa studjów dentystycznych w innych państwach i w Polsce, oraz do rozwiązania pytania, czy reforma nauczania dentystyki, która odbyła się w Polsce — przed 4-ma laty, jest już tak przestarzała, żę nasi projektodawcy słusznie domagają się od Ministerium W. R. i O. P. zmiany egzystującego systemu. Dentystyka była nierozerwalną częścią medycyny, zaczynając od czasów starożytnych aż do XVIII wieku. Hipokrates, Gallen, Celsiusz, Pliniusz są to imiona ludzi, którzy przyczynili się do postępu zarówno w medycynie, jak i w dentystyce.

Ryff, znany niemiecki chirurg w XVI wieku obok poważnych własnych dzieł z chirurgji, zostawił pracę składającą się z 3-ch tomów, z dziedziny dentystyki. Znane są także poważne prace w zakresie dentystyki Ambroise Paret'a.

Dopiero w XVIII w. widzimy, że dentystyka z powrotem dąży ku medycynie; oparta na pracach całego szeregu lekarzy, powstaje — Odontologja, t. j. nauka o zębach i jamie ustnej, jako nierozdzielnej części ustroju ludzkiego, oraz o chorobach tych narządów i ich leczeniu.

Nauka ta opiera się ściśle na ogólnych zasadach nauk lekarskich. W ostatnich czasach na mocy całego szeregu poważnych prac szczególnie jaskrawo uwydatnił się ten już oddawna ustalony blizki wzajemny stosunek pomiędzy chorobami zębów i jamy ustnej z jednej strony a chorobami innych narządów z drugiej strony. Wobec tego musimy obecnie przyjść do przekonania, że całkowite wykształcenie otrzyma tylko ten den-

tysta, który ukończy kurs nauk lekarskich, również tylko ten lekarz, który gruntownie posiada zasady Odontologji. Nic więc dziwnego, że ten wzajemny stosunek między dentystyką i medycyną prowadzi do kompletnego zlania się systemów nauczania dentystyki i innych nauk lekarskich.

Są jednak przeszkody, które w obecnej chwili nie pozwalają jeszcze na natychmiastowe zlanie się obydwóch tych systemów nauczania. Stąd powstał problemat studjów dentystycznych.

Z wyjątkiem wspomnianych wyżej dwóch państw – Austrji i Włoch, może jeszcze Rosji, o której będziemy mówić niżej, w których tak zwany austrjacki system nauczania dentystyki egzystuje z tak ujemnym wynikiem — wszędzie na całym świecie studja dentystyczne są to odrębne, najwyżej 4-o-letnie studja uniwersyteckie, jako osobne oddziały lub pododdziały wydziałów lekarskich.

Tak się ma sprawa ta w Niemczech (w ciągu 53 lat) w Ameryce (od przeszło 70 l.) w Belgji, Holandji, Anglji i innych. We Francji istnieje szkoła dentystyczna — studja w niej trwają $3^1/_2$ lata.

W ciągu ostatnich lat kilku sprawa studjów dentystycznych była przedmiotem ponownych poważnych badań ogromnej ilości uczonych i praktyków. W rozwiązaniu tego trudnego problematu we wszystkich prawie państwach w tym czasie przyjmowali udział najznakomitsi uczeni o olbrzymim dorobku naukowym z zakresu stomatologji, o ogromnem długoletniem doświadczeniu administracyjnem, pedagogicznem i fachowem. Mamy więc wynik myśli i pracy najwybitniejszych ludzi tej dziedziny, a jednak, jak widzieliśmy, w większości państw całego świata sprawę tę załatwiono w ten sposób, że istnieją tam odrębne uniwersyteckie studja dentystyczne, jako osobne wydziały lub pododdziały fakultetu lekarskiego o 4-letnim kursie.

Otóż powstaje pytanie, dlaczego problemat studjów dentystycznych po ponownem rozpatrzeniu go w ostatnich latach został rozwiązany w większości państw nie w stronę, jak zdawałoby się jednolitych studjów ze studjami lekarskiemi, a w stronę odrębnych 4-letnich studjów dentystycznych.

Przyczynę tego znajdujemy w historji rozwoju dentystyki i w charakterze tej specjalności. Dentystyka, oderwawszy się od medycyny, długi czas rozwijała się osobno i dlatego (chociaż niesłusznie) dziś jeszcze uważa się ją za drugorzędną gałąź lekarską. Nauka ta przedstawiająca dość wąząką specjalność wymaga pomimo to dość dużo czasu dla jej opanowania szczególnie ze względu wymagań wyszkolenia technicznego.

Dla tego pociągnie ona ku sobie młodzież tylko wtedy,

gdy studja dentystyczne będą trwały znacznie krócej od studjów lekarskich.

Stan taki trwać musi tak długo, dopóki się nie zmieni obecny pogląd społeczeństwa i świata lekarskiego na dentystykę, jako na naukę drugorzędną i dopóki ona nie zajmie na wydziałach lekarskich stanowiska równoznacznego z innemi działami medycyny i odpowiedniego swemu rozwojowi (3 — 4 katedry).

W Rosji reforma studjów dentystycznych odbyła się w 1918 roku. Na Ukrainie, która wtedy była państwem autonomicznem zostały powołane do życia 4-o-letnie Odontologiczne wydziały uniwersyteckie.

W całej Rosji na miejsce zamkniętych (w 1918 r). szkół dentystycznych powstały Odontologiczne oddziały na fakultetach lekarskich, w których studja dentystyczne powinny były trwać 5 lat. Pierwsze 3 lata dentyści i medycy musieli słuchać wspólnie przedmiotów lekarskich; podział następował od 4-go roku, i specjalne przedmioty wykładano w ciągu lat 2.

System ten w Moskiewskim Uniwersytecie wprowadzono w życie już na jesieni 1918 r. Poza tem odontologiczny oddział miał obowiązek nauczania stomatologji studentów medycyny

Doskonale uposażona prywatna szkoła dentystyczna w Moskwie, obliczona na 600 słuchaczy została skonfiskowana; przyłączono ją wraz z całem bogatem urządzeniem w charakterze Kliniki Odontologicznej do Uniwersytetu, poddając mojemu kierownictwu. Otóż będąc w posiadaniu takiej kliniki (wszystkie 4 oddziały specjalne były doskonale zorganizowane pod względem urządzeń i ilości asystentów), jesienią 1918 r. zacząłem wykłady jako profesor Moskiewskiego Uniwersytetu.

Miałem jeszcze w swojem rozporządzeniu tak zwany „Instytut szczękowy", dawny szpital dla rannych szczękowych niegdyś na 600 łóżek, a w 1918 r. na 100 łóżek. Była to istotnie wspaniała i bezwątpienia jedyna na świecie stomatologiczna klinika, tak pod względem swego urządzenia (pozostałość z czasów wojny), jak i rozmiarów. Jako lekarz naczelny i organizator tego zakładu od chwili jego powstania, t. j. od 1914 roku mogłem używać go również do celów pedagogicznych, tembardziej, że posiadałem tam potrzebne pracownie, sale operacyjne oraz bardzo cenne pod względem naukowem muzeum.

Słowem miałem wprost wyjątkowe i nigdzie nie spotykane przyjazne warunki dla wykładów stomatologji.

I nie zważając na to, w ciągu całego roku na oddział odontologiczny nie zapisał się ani jeden student, nie zapisał się nikt również i na rok następny. Wykłady zaś obowiązkowe dla studentów-medyków, cieszyły się wielkiem powodze-

niem; szczególnie chętnie uczęszczano na wykłady chirurgji stomatologicznej we wspomnianym Instytucie Szczękowym.

Wobec tego w jesieni 1919 r. nastąpiła nowa reforma: powstały „Odontologiczne Katedry" z takiem jednak uposażeniem i odpowiednią ilością pomocniczych sił naukowych, aby lekarze po skończeniu wydziału lekarskiego mogli specjalizować się we wszystkich działach stomatologji. Miałem więc możność do września 1922 r., t. j. w ciągu 4 lat osobiście wprowadzać w życie ów austrjacki system i jego modyfikacje. I cóż się okazało? Nie zważając na wspomniane niezwykle sprzyjające warunki, przy których prowadziłem wykłady, i na wszelkie starania szerokiej propagandy stomatologji wśród słuchaczów, wynik był opłakany: zaledwie 4 osoby zgłosiło się do mnie dla specjalizacji i to w nadziei objęcia potem stanowisk asystentów.

Zwróćmy się teraz do reformy studjów dentystycznych w Polsce, która odbyła się w 1920 r. Otóż widzimy, że reforma ta nastąpiła w myśl powszechnego życzenia wszystkich zainteresowanych w tej sprawie organizacji i stowarzyszeń. Życzenia te przyjęły formę uchwał zjazdu delegatów byłych 3 zaborów, który odbył się w Warszawie w 1919 r. na zaproszenie Min. Zdr. Publ.

Na 20 obecnych na zjeździe wybitnych przedstawicieli polskiego świata dentystycznego było 11 lekarzy-dent. i 9 lekarzy; wśród nich 3 znanych profesorów dentystyki, powag polskiej nauki, a mianowicie prof. Łepkowski, prof. Zwierzchowski i prof. Cieszyński.

Drogę dla przeprowadzenia reformy studjów obrano, jak widzimy, odpowiednią i najbardziej przyjętą. Wszystkie uchwały Zjazdu zapadły jednogłośnie. Przytaczamy tu niektóre z nich.

1) „Nauka i społeczeństwo powinno dążyć ku temu, aby specjalność dentystyczna została z czasem uprawianą tylko przez specjalistów z ogólnem wykształceniem medycznem, t. j. przez ogólnych lekarzy-medyków. Uważając jednak w obecnym czasie postulat ten za ideał trudny do urzeczywistnienia wskutek braku odpowiedniej ilości specjalistów, ażeby zaspokoić rosnące potrzeby społeczeństwa i uczynić zadość zapotrzebowaniom wojska, szkół, kas chorych i urzędów opieki społecznej, należy obecnie zorganizować studja stomatologiczne tak, aby one mogły być zakończone w możliwie krótkim czasie, niemniej jednak jak w 8 półroczach i bez uszczerbku dla nauk przyrodniczo-lekarskich, potrzebnych lekarzom-dentystom, a także i bez uszczerbku dla ich specjalnego wykształcenia.

2) Słuchacze, wstępujący na studja stomatologiczne, muszą

się wykazać temi samemi świadectwami, które uprawniają do studjów medycyny.

3) Wykształcenie lekarzy-dentystów powinno być najgruntowniejsze i oparte na podstawach przyrodniczo-lekarskich, dostosowanych do potrzeb stomatologji.

4) Studjum stomatologiczne tworzy integralną część nauk lekarskich i musi się odbywać w instytutach uniwersyteckich.

5) Instytut stomatologiczny ma być zakładem uniwersyteckim."

Stosownie do tych uchwał i opracowanego planu studjów powstał w 1920 r. Państwowy Instytut Dentystyczny. Nie wprowadzono jeszcze w życie, jednej z najważniejszych uchwał zjazdu — przyłączenia P. I. D. do uniwersytetu. Następnie nie dano dotychczas możności składania doktoratów z nauk dentystycznych i nie urzeczywistniono całego nakreślonego przez zjazd programu studjów.

Prof. Cieszyński, we wspomnianej już wyżej pracy swojej (w Sprawie Studjów dentystycznych przy uniwersytetach polskich 1922) krytykuje system austrjacki (str. 1) i gorąco propaguje (str. 8 i 9) polski system nauczania dentystyki, wzorujący się na 2-ch najlepszych według jego zdania systemach: niemieckim i amerykańskim. Zaleca on zorganizować podobne studja i na innych uniwersytetach.

Z powyższego więc widzimy, że studja dentystyczne w Polsce nie różnią się w głównych swych zasadach od podobnych studjów w większości innych państw całego świata, że reformy studjów dentystycznych dokonano w niektórych z tych państw w ostatnich kilku latach, (np. w Niemczech w 1918 r.) w innych zaś, programy ponownie rozpatrzono i pogłębiono, zasada zaś została dawna.

Wobec tego wszystkiego, a także przyjmując pod uwagę że w ciągu ostatniah 4-ch lat t. j. od dnia reformy nic szczególnego w Polsce nie zaszło, uważamy, że dla zmiany egzystującego u nas systemu nauczania dentystyki w obecnej chwili niema żadnych powodów.

We wrześniu 1923 r. konferencja dziekanów wydziałów lekarskich na zlecenie ministerium W. R. i O. P. rozpatrywała kwestję studjów dentystycznych i doszła do wniosku, że austrjacki system nauczania dentystyki jest dla Polski zbyt drogi. Prócz tego zmniejszył by on ilość lekarzy, których brak w Polsce. Konferencja dziekanów uważa, że egzystujący w Polsce sposób nauczania zębolecznictwa powinien pozostać i nadal.

Na zasadzie więc powyższego przychodzimy do następujących wniosków:

1) Postulaty I zjazdu naukowego polskich lekarzy dentystów, które wszyscy uważamy za ideał, w obecnej chwili nie mogą być wprowadzone w życie w całości ponieważ nie godziłoby się to i z egzystującym w Polsce systemem nauczania medycyny i z przysługującemi lekarzom prawami, a wprowadzone w życie tylko częściowo, podobnie jak w Austrji, prowadziłoby do partactwa i upadku dentystyki w Polsce.

2) Egzystujący w Polsce system nauczania dentystyki jest najtańszy.

3) Dla dalszego rozwoju dentystyki polskiej i w celu przygotowania dła Państwa potrzebnej ilości dentystów, należy egzystujący w Polsce system nauczania (4-o-letnie studja) pozostawić i nadal, aż do czasu, gdy się wytworzą odpowiednie sprzyjające warunki do kompletnego złania się ze sobą studjów dentystycznych i studjów lekarskich.

Do tych sprzyjających warunków należy zaliczyć:

a) Nadanie dentystyce w Uniwersytecie nie trzeciorzędnego, jak dziś, stanowiska, a zupełnie równego z innemi gałęziami medycyny, oraz odpowiedniego do jej rozwoju uposażenia (t. j. **4 katedry specjalne**, kliniki stomatologiczne i t. d.).

b) Wprowadzenie obowiązujących jednakowych dla wszystkich przepisów specjalizacyjnych, bez wypełnienia których nie można byłoby uprawiać specjalności.

4) Przyłączenie P. I. D. do Warszawskiego Uniwersytetu w charakterze oddziału wydziału lekarskiego, z zachowaniem jego odrębności i samorządu.

5) Danie możności składania doktoratu z nauk dentystycznych.

6) Wychodząc z tego założenia, że Instytut Dentystyczny ma zadanie przygotowywać specjalistów w zębolecznictwie gotowych do praktycznej działalności należy przystosować programy nauk lekarskich do potrzeb dentystyki, a przy nauczaniu przedmiotów specjalnych zwrócić nadzwyczajną uwagę na ćwiczenie praktyczne.

7) Dać możność obsolwentom Państwowego Instytutu Dentystycznego wstępować na II kurs wydziału lekarskiego w razie, gdyby chcieli kończyć medycynę.

8) Zorganizować Katedrę Ortodontji w Państ. Inst. Dent.

Głos Dr. Med. Prof. Fr. Zwierzchowskiego w sprawie projektowanej reformy studjów dentystycznych.

Jakkolwiek nad swoją działalnością naukową odśpiewałem już „Requiem“ i wirem dziejowym wciągnięty w szeregi wojska, tak się z niem zespoliłem, że marzę, jak o istotnym i wielkim zaszczycie, bym w wojsku mógł do śmierci pozostać, to jednak na apel Wysoce Szanownej Redakcji nie mógłbym się nie stawić i jeżeli me zdanie, oparte na długoletniej działalności, przydać się Wam może, służę niem chętnie.

Opieram swe zdanie na doświadczeniu pedagogicznem. Mam prawo do tego z tej racji, iż na białym świecie wykonuje swój zawód lekarski 8000 moich uczniów. Jest to materjał dość znaczny i dlatego nie mogę być zaliczanym do nowicjuszy w tej sprawie,—nowicjuszy, opierających swe zdanie na racjach, jedynie teoretycznych. Bo czyż można w teorji, w zasadzie, być przeciwnikiem, aby dentyści wszyscy bez wyjątku posiadali ogólne wykształcenie lekarskie?. Przeciwnikiem tej zasady i ja nie jestem. Lecz tylko w teorji, gdyż wiem, niestety, że w życiu tego się na razie uskutecznić nie da. W Polsce, gdzie niema jeszcze nadmiaru sił inteligentnych, gdzie w każdej prawie dziedzinie odczuwa się brak sił wykwalifikowanych, posiadających wyższe wykształcenie, musimy pogodzić się z myślą, że dla studjów dentystycznych wystarczy 4 letni kurs uniwersytecki, nie zanadto przeciążony przedmiotami z ogólnej medycyny, a za to dający dobre przygotowanie przyrodnicze i pierwszorzędne wykształcenie specjalnie dentystyczne, z należytem przygotowaniem praktycznem. Jak byśmy wysoko nie mniemali o dentystyce, posiada w sobie specjalność ta pierwiastki sztuki, wymagającej wprawnych rękoczynów, osiąganych długiem wyszkoleniem mechanicznem, gdyż ideałem do którego się dążyć powinno, jest automatyzm szeregu ruchów w rękoczynach. Ten się dopiero stanie dobrym dentystą, kto osiągnął ów automatyzm, bo bez niego szeregu rękoczynów dentystycznych z należytą precezyjnością wykonać sie nie da.

Jakiż czas potrzebny jest do osiągnięcia wyżej przytoczonej wprawy? Najmniej 2 lata. A więc, by sprostać idei wymagania od dentystów zupełnego wykształcenia lekarskiego, musielibyśmy kurs uniwersytecki dla adeptów dentystyki rozciągnąć na $8^1/_2$ lat. Czyż nie jest to chimerą? Więc jakież racje są do bawienia się w długotrwałe dyskusje nad tym przedmiotem. Powiedzmy sobie otwarcie, iż jest to niewykonalne i dajmy tym dążeniom spokój.

W naszych warunkach obecnych uważam, opierając się na

swem doświadczeniu, za jedynie racjonalne rozwiązanie kwestji — sformowanie przy Uniwersytetach wydziałów dentystycznych o 4-letnim kursie (oczywiście wstępujących na wydział obowiązuje matura).

Pierwsze 2 lata teoretyczne: przyrodniczo-lekarskie z praktycznemi ćwiczeniami z zakresu techniki dentystycznej. Pozostałe 2 lata,—poświęcone pracy praktycznej w klinikach dentystycznych, połączonej ze studjami ważniejszych gałęzi medycyny praktycznej, jako to chirurgji, pewnego zakresu chorób wewnętrznych, syfillidologji etc.

W tym przypadku będziemy mieli dostateczną ilość dentystów. W razie zaś stawiania zbyt wielkich wymagań przyrost roczny dentystów będziemy liczyli na jednostki. Ponosząc znaczne wydatki na kształcenie tych jednostek, Państwo pomimo to nie dostarczyłoby ludności niezbędnej pomocy dentystycznej.

Więc bądźmy praktyczni i róbmy to, co da Państwu należytą korzyść.

Fr. Zwierzchowski
Dr. medycyny i były profesor stomatologji.

Dział streszczeń.

Dr. Henryk Allerhard „O zakażeniu ustnem (oral sepsis) i środkach zaradczych". Polska Dentystyka 1923 r. Nr. 6, 7 i 8

(dalszy ciąg).

„Doświadczenie kliniczne uczy, że poza jamą ustną i noso-gardzielową inne wrota zakażenia septycznego nie grają wielkiej roli: gdyby nie te dwie bramy wejścia, zakażenie septyczne nie odgrywałoby tej dominującej roli, jaką ma obecnie w medycynie wewnętrznej. Nie można naturalnie usunąć paciorkowców i gronkowców z jamy ustnej, podobnie, jak nie da się zapobiec zakażeniu prątkiem błonicy, duru, lub dwoinkami zapalenia płuc.

Lecz ten fakt nie odwodzi nas od usiłowań zmierzających do uwolnienia wody, którą pijemy, lub powietrza, którem oddychamy od prątków durowych lub gruźlicznych, podobnie przez odpowiednie środki ostrożności można zapobiec w olbrzymiej ilości przypadków zakażeniu septycznemu. Znając właściwości chorobotwórcze drobnoustrojów ropotwórczych, nie powinniśmy dopuścić do tego, by jama ustna, tak łatwo przystępna badaniu i leczeniu, pozostawała wylęgarnią drobnoustrojów, powodujących spustoszenie w całym organizmie.

Źródłem zakażenia może być i jama ustna „uporządkowana".

„Cenię, mówi Hunter, genjalną zdolność mechaniczną dentysty, lecz oceniam też należycie potworne tragedje, które jego źle zastosowana czynność pod postacią zakażenia ustnego powoduje. Złote wypełnienia, korony, mostki, dostawki stałe, zbudowane na zębach, dokoła chorych zębów stanowią prawdziwe złote muzoleum na masie infekcji, jakiemu podobnego nie znaleść na całym obszarze medycyny. To są poprostu złote pułapki zakażenia, z których chory jest dumny i trudną jest perswazja w tych przypadkach

Najcięższe przypadki anaemiae, gastritis, colitis, purpura, sepsis, nephritis, rheumatismus spotykamy u chorych z takiemi pułapkami. Można nawet czasem stwierdzić, że początek cierpienia wystąpił w kilka tygodni lub miesięcy po osadzeniu złotych dostawek. Zakażenie w ten sposób wywołane jest ciężkie, gdyż głęboko w kości umiejscowione, najczęściej niebolesne i usuwa się przeto z pod kontroli chorego. Oto skutki tej zgubnej „dentystyki zachowawczej". Zęby nie są przecież szeregiem kołków z kości słoniowej, osadzonych w kamiennych zagłębieniach, lecz tworami kostnemi wysoce zróżniczkowanemi o zaopatrzeniu krwionośnem i nerwowem, bogatszem, niż jakakolwiek inna część organizmu tych samych rozmiarów, osadzonemi w zagłębieniach kostnych, posiadających ukrwienie jaknajściślej połączone z ukrwieniem ozębnej i dziąsła, wobec tego odpowiedniejszem byłoby określenie: „dentystyka septyczna". Zachowawczą jest ona o tyle, że konserwuje zakażenie wytworzone przez osadzenie złotych dostawek na septycznych korzeniach, wywołując przytem uczucie zadowolenia zarówno u chorego jak i dentysty ze swego „pierwszorzędnego amerykańskiego wykonania". Dzieci szkolne cierpią w 30—50% na zakażenie zębowe z jego następstwami w gardle, migdałkach i gruczołach. Podczas gdy liczny zastęp lekarzy walczy z temi chorobami, całe szeregi dentystów etablują zakażenie septyczne najgorszego rodzaju, nie dbając o podstawowe zasady anatomji, fizjologji i patologji tkanek, z któremi mają do czynienia. Skutki chorobowe tej „septycznej chirurgji" można obserwować codzień u tych ofiar złotodajnej dentystyki z ich szarą, ziemistą niezdrową cerą, zaburzeniami trawienia, anemją i nerwicami. Najczęściej spostrzegałem takie przypadki u amerykanów i w Ameryce, ojczyźnie robót, o których mowa. Produkty zakażenia zostają połknięte dostając się temsamem do przewodu pokarmowego i zakażając go ulegają resorbcji przez gruczoły chłonne. (To nie jest zakażenie ogniskowe!!! Uwaga ref.).

Skutki zakażenia są naturalnie zmienne, zależnie od stopnia odporności nawiedzonych tkanek. Na zdrowej błonie śluzowej nie wywołają paciorkowce i gronkowce zgubnych skut-

ków tak samo, jak nie wywołają ich na zdrowej skórze, lecz stosunki zmieniają się zupełnie z chwilą, gdy mieszczą się one w przestworach dziąsła chorobowo zmienionego i postępują wgłąb wzdłuż ozębnej.

Zakażenie przestaje wtedy być powierzchownem, lecz staje się głębokiem zakażeniem tkanek miękkich i kości. Powoduje ono wprawdzie stan zapalny, przewlekły, lecz, niestety rzadko odznacza się bolesnością, mogocą zwrócić na się uwagę chorego; ten brak bolesności jest tem zgubniejszy, że mamy tu do czynienia z infekcją bardzo jadowitą, z infekcją kostną. Najcięższa niedokrewność, zatrucie krwi, gorączka febryczna, a nawet wrzodziejące zapalenie wsierdzia, może być wynikiem septycznego wypełnienia amalgamowego, głęboko usadowionego ropnia zębodołowego, lub też nierozpoznanego ropnia zatoki bocznej nosa. Jeżeli ktoś nawet przez długi czas nie okazuje żadnych objawów spowodowanych zakażeniem ustnem, to jednak prędzej czy później zakażenie go dosięgnie, i jeżeli nawet samo nie wywoła choroby, to może poważnie powikłać chorobę główną, wysuwając się na czoło objawów chorobowych.

Przytoczywszy kilkanaście historji chorób, dotyczących anemia septica, gastritis septica, podaje Hunter jako zasady leczenia: dokładne badanie jamy ustnej celem spostrzegania i usunięcia objawów zakażenia. Właśnie w ustach, „które są doprowadzone do porządku" można spostrzec olbrzymią ilość materjału septycznego pod złotymi koronami, wypełnieniami i płytami. Najcięższe przypadki, przez Huntera spostrzegane, były rezultatem zabiegów dentystycznych; najgorsze wypadki septycznego kataru żżądka, jelit, niedokrewności, niejasnych podniesień ciepłoty i innych objawów zakażenia septycznego spostrzegał H. u chorych, którym największa ilość zręczności „amerykańskiej" dostała się w udziale".

„Zatrzymałem się (mówi autor) nieco obszerniej nad wywodami Huntera, gdyż w dziejach medycyny trudno znaleść drugi analogiczny przypadek, by jedna publikacja wywołała tak wielką reakcję, taką ilość badań od podstaw, by stała się powodem zwrotu zasadniczego w całym jednym wielkim dziale medycyny. A tak się właśnie stało w dziedzinie dentystyki. Po Hunterze zabrali głos i inni: dentyści, przedstawiciele innych specjalności. Publikacje ich były jednym szeregiem krytyki rzeczowej, opartych na danych patologji i spostrzeżenia klinicznego, jak również na dokładnej znajomości możliwości leczniczych w dentystyce. Wymienić tu należy przedewszystkiem Rheina, Hartzella i Blacka dentystów; Billingsa, Duke'a, internistów; Karola Mayo, chirurga; Rosenowa, bakterjologa. Prace ich wykonane w ciągu długich lat przy udziale całych sztabów kwalifikowanych pomocników, przy użyciu nieograniczonych wprost środków, na olbrzymim materjale klinicznym i laborato-

ryjnym, dały podstawę teorji zakażenia ogniskowego „focal infection" w szczególności w odniesieniu do narządów jamy ustnej".

Takiem jest w pobieżnem streszczeniu autora oskarżenie Huntera, cóż więc dziwnego, że dentyści po przeczytaniu takiej filipiki, przeciwko sobie skierowanej, postanowili dać na nią godną odpowiedź.

Teorja zakażenia ogniskowego opiera się na trzech głównych zasadach bakterjologicznych, bądź znanych od dawna bądź ustalonych niedawno.

Pierwszą z nich jest teorja Adamiego t. zw. czasowa segmentacja drobnoustrojów, według tej teorji tkanki ustroju są tylko względnie jałowe, przez całe życie odbywa się przenikanie do ustroju przez błony śluzowe drobnoustrojów. Zarazki te wędrując drogami naczyń krwionośnych lub chłonnych przedostają się niekiedy do miejsc odległych, tam albo giną od urządzeń ochronnych ustroju nawiedzonego, albo usadawiają się na stałe i, wydzielając jady prowadzą swą zgubną dla ustroju działalność. Adami nazywa ten stan subinfectio w przeciwieństwie do zakażenia utajonego (infectio latens), gdzie jak np. przy ranach postrzałowych, zagojonych, przy chwilowem osłabieniu ustroju sprawa może odżyć wskutek wszczęcia działalności bakterji znajdujących się tam dotychczas w stanie utajonym.

„Drobnoustroje, które podczas prawidłowej obrony organizmu mogą conajwyżej powodować subinfekcję, mogą przy zmniejszonej odporności ustroju spowodować rzeczywiste ostre zakażenie. Jama ustna nietylko ze swemi otwartemi ropieniami, jak ropotok zębodołowy i gnicie we wszystkich zaułkach, lecz także ze swemi ogniskami utajonemi, na których czele stoi ziarniniak, tudzież przewlekłe zapalenie migdałków (amygdalitis chronica), stanowi w ustroju pierwszorzędne ognisko pomnażania się bakterji, podłoże wyborowe, z którego poczynają się subinfekcje dla rozmaitych tkanek, przedewszystkiem dla błon surowiczych".

Drugą podstawą, na której teorja zakażenia ogniskowego się opiera, jest zmienność drobnoustrojów, a w szczególności paciorkowców i dwoinek zapalenia płuc (streptococus, pneumococus). Rosenow wykazał, iż hodowane na pewnych pożywkach, mogą one przeistaczać się jedne w drugie i tak paciorkowiec hemolityczny przechodzi w pacior, zieleniącego i t. p. paciorkowiec hemolityczny w warunkach względnie beztlenowych staje się niejako bardziej jadowitym, to też na migdałkach lokuje się on przeważnie w kryptach, zaś zieleniący (viridans) na ich powierzchni. Oprócz Rosenowa badali i inni zmienność drobno-

ustrojów i przychodzili do wyników prawie identycznych, że wymienimy Kuczyńskiego w Berlinie.

Zdolność wyborowego umiejscowienia drobnoustrojów (elektive localisation) jest trzecią główną podstawą teorji zakażenia ogniskowego. Została ona szczegółowo i wszechstronnie opracowaną przez Rosenowa i jego współpracowników i, aczkolwiek inni badacze nie otrzymali wyników tych samych, co Rosenow, należy to tłomaczyć niezupełnym przez nich opanowaniem techniki badań tego ostatniego.

Teorję umiejscowienia wyborowego można pokrótce określić w sposób następujący: drobnoustroje, dostające się z ogniska zakaźnego (focus) np. z migdałków do ogólnego krwioobiegu, nie wytwarzają ani posecznicy, ani też nie umiejscowiają się w różnych narządach dowolnie, lecz umiejscowienie to zależy od szczególnego powinowactwa danych drobnoustrojów do pewnej tkanki. Ńaprzykład: paciorkowce wyhodowane z migdałków chorego cierpiącego na zapalenie wyrostka robaczkowego, wstrzyknięte królikom, nie wywołują u nich śmiertelnej posoczniczy, lecz usadowią się w wyrostku robaczkowym zwierzęcia i wywołują tam zapalenie, drobnoustroje pochodzące od chorego, cierpiącego np. na zapalenie woreczka żółciowego, wyhodowane z migdałków lub ziarniniakow zębowych okołowierzchołkowych spowodują u zwierzęcia doświadczalnego również zapalenie woreczka żółciowego.

Na szczególną uwagę zasługują badania Rosenowa nad wyborowym umiejscowieniem paciorkowców w wypadkach zapalenia mięśni (myositis), w licznych przypadkach tego cierpienia ustalono jego pochodzenie z migdałków i jamy ustnej. Interwencja dokonana w pierwszym ognisku choroby (migdały, ziarniniaki przywierzchołkowe, ropociek) przeważnie dawały w wyniku polepszenie, lub cierpienie znikało zupełnie.

Paciorkowce szczepione zwierzętom, wywoływały u tych ostatnich również zapalenie mięśni. Rosenow wykazał, że zdolność wyborowa (elektywna) drobnoustrojów bywa tak dalece zróżniczkowana, że porażeniu ulegały te same mięśnie, które były dotknięte cierpieniem u chorego, od którego wzięto paciorkowce do szczepienia.

„Paciorkowiec z myositis nie różni się ani pod względem morfologicznym, ani hodowlanym, ani pod względem barwienia od paciorkowców wyodrębnionych z innych postaci chorobowych i przyczyny, dlaczego te szczepy odznaczają się powinowactwem do innych tkanek pozostają jeszcze ciągle nie wyjaśnione. Okoliczność jednak, że ciała paciorkowców zabitych formaliną i wstrzyknięte, również odznaczały się podobną lokalizacją, każe myśleć o tem, że właściwość na której powinowactwo polega (struktura chemiczna, może ładunek elektrycz-

ny?) znajduje się w komórce bakteryjnej. Opisane powyżej badania Rosenowa nad etjologją innych schorzeń, jak wrzodów żołądka, zapalenie wyrostka robaczkowego, zapalenie woreczka żółciowego, zapalenie gruczołu przyusznego poruszają się na zupełnie analogicznych torach i w wynikach swych są również jednoznaczne. Współpracownicy jego wykonali też bardzo interesujące badania, z zakresu etjologji niektórych schorzeń narządu moczowego, które rzucają nowe światło na cierpienia o ciemnej dotychczas etjologji jak miedniczkowe zapalenie nerek i kamica nerwowa".

Za twórców zakażenia ogniskowego oprócz Rosenowa należy uważać Billingsa i Duke'a, którzy ogrócz głównych ognisk zakażenia przyjmują istnienie wtórnych np. zęby jako główne, wtórne: migdałki, woreczek żółciowy. Zarazki przechodząc z ogniska głównego do obiegu krwi mogą przez swe własności wyborowe umiejscowić się w dowolnym organie lub okolicy ustroju.

Ogniskiem zakażenia mogą być różne cierpienia zapalne ustroju, oraz, — co sprawę zakażenia wysuwa na czoło zagadnienia — zęby i choroby jamy ustnej jak: ropotok zębodołowy (pyorrhoea alveolaris), przewlekłe zapalenie ozębnej (periodontitis chronica), zapalenie dziąseł (gingivitis), ropień zębodołowy (abscessus alveolaris), ziarniniak wierzchołkowy (granuloma apicale). Ogniska zakażenia tu umiejscowione w przeciwieństwie do leżących w głębi ustroju są łatwo dostępne badaniu i leczeniu. Badania Rosenowa i Billingsa czynią zadość następującym pięciu postulatom zakażenia ogniskowego mianowicie:

1) badanie ogniska zakaźnego i stwierdzenie w niem obecności drobnoustrojów chorobotwórczych;

2) stwierdzenie tych samych drobnoustrojów w zmianach wtórnych chorego;

3) odtworzenie zmian wtórnych u zwierzęcia doświadczanego przez wstrzyknięcie drobnoustrojów wyosobnionych i wyhodowanych;

4) wykazanie obecności drobnoustrojów w zmienionych chorobowo narządach zwierzęcia;

5) powtórzenie tych snmych zmian w drugiej serji zwierząt doświadczalnych przez wstrzykniecie drobnoustrojów wyhodowanych ze zmian zwierząt pierwszej serji.

Choroby uważane najczęściej za wynik zakażenia ustnego przedstawiane są na osobnej tablicy z której wynika, iż mogą one sadowić się na wszystkich narządach, organach i układach ustroju i powodować najrozmatsze cierpienia.

Duke za podstawę swych badań nad zakażeniem ustnem przyjął rentgenografję. Zmiany, zwłaszcza dookoła wierzchołka

korzenia najłatwiej jest ustalić, nawet w braku objawów klinicznych, przez zdjęcie rentenograficzne.

Ta okoliczność spowodowała wśród dentystów amerykańskich nietylko bardzo szerokie rozpowszechnienie aparatów do tych zdjęć lecz i bardzo częste ich używanie zarówno w celach rozpoznawczych, jak i dla sprawdzenia już dokonanych czynności np. wypełnienia kanałów korzeniowych.

Częsta współpraca internistów i dentystów (na gruncie amerykańskim) częste wzajemne odczyty przyczyniły się do jeszcze szerszego stosowania rentgenografji. W Ameryce kierunek nadawała klinika Maya, gdzie każdy chory bez względu na swe cierpienie, które go tam sprowadzało, był poddawany dokładnym badaniom laboratoryjnym, gdzie badania stanu uzębienia grały przednią rolę.

(d. c. n.).